T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GERİATRİK HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hilal KAZAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GERİATRİK HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hilal KAZAZ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER iv
TEŞEKKÜR vi
TABLOLAR LİSTESİ vii
ŞEKİLLER LİSTESİ vii
KISALTMALAR viii
ÖZET ix
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI 2
2.2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLILAR 3
2.3. YAŞLANMA ÇEŞİTLERİ 4
2.3.1. Psikolojik Yaşlanma 4
2.3.2. Sosyal ve Toplumsal Yaşlanma 5
2.3.3. Kronolojik Yaşlanma 5
2.3.4. Biyolojik Yaşlanma 5
2.4. YAŞLILIKTA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER 6
2.4.1. Fizyolojik Değişiklikler 6
2.4.1.1. Ciltte Meydana Gelen Değişiklikleri 6
2.4.1.2 Kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler 6
2.4.1.3 Solunum Sistemindeki Değişiklikler 7
2.4.1.4. Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler 7
2.4.1.5. Sinir Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler 7
2.4.1.6. Endokrin ve Genitoüriner Sistem Değişiklikleri 7
2.4.1.7. Kas ve İskelet Sistemi Sorunları 8
2.4.1.8. Boşaltım Sistemindeki Değişikler 8
2.5. YAŞLILIKTA SAĞLIK SORUNLARI 8
2.5.1. Geriatrik Sendromlar 9
2.5.2. Kronik ve Kronik Olmayan Hastalıklar 9
2.5.3. Travmalar 10
2.5.4. Polifarmasi 11
2.6. SOSYOKÜLTÜREL VE EKONOMİK SORUNLAR 11
2.6.1. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon - Sosyal Ayrımcılık 11
2.6.2. Yaşlı İstismarı ve İhmali Sorunu 12

2.6.3. Yoksulluk Sorunu, Beslenme, Barınma Sorunu....13
2.7. YAŞLI HASTAYA YAKLAŞIMDA İLETİŞİMİN ROLÜ....13
2.8. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI HASTAYA KARŞI TUTUMLARI....14
2.9. GERİATRİK HASTALARDA HASTA MERKEZLİ BAKIM YAKLAŞIMI....14
2.10. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EĞİTİMİNDE GERİATRİ DUYARLILIĞI....15
2.10.1. Lisans - Lisansüstü Eğitiminde Geriatri....15
3. GEREÇ VE YÖNTEM....16
3.1. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI....16
4. BULGULAR....18
4.1. ÇALIŞANLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI....18
5. TARTIŞMA....26
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE UCLA-GA PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ....26
5.2. ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ VE DENEYİM DURUMLARINA GÖRE UCLA-GA PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ....29
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER....33
6.1. SONUÇLAR....33
6.2. ÖNERİLER....34
6.2.1. Eğitim İçeriği ve Yapısı....34
6.2.2. Erken Dönem Farkındalık Eğitimi....35
6.2.3. Hizmet İçi Eğitim ve Süreklilik....35
6.2.4. İletişim Becerilerinin Güçlendirilmesi....35
6.2.5. Sağlık Politikalarında Geriatri Önceliği....35
6.2.6. Toplumsal Farkındalık....35
7. KAYNAKLAR....36
8. EKLER....42
8.1.ANKET BİLGİ FORMU....42
8.2. UCLA Geriatrik Tutum Ölçeği (UCLA – GA)....44
8.3. UCLA Geriatrik Tutum Ölçeği (UCLA – GA) KULLANIM İZNİ....45

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesiyle bizlere daima rehberlik eden, desteğini hiçbir koşulda esirgemeyen ve değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecinde verdikleri değerli destekleri için sevgili uzmanımız Uzm. Dr. Seda Özmen SEVER'e, kliniğimizde birlikte çalıştığım tüm değerli uzmanlarıma, ekip arkadaşlarıma,

Asistanlık eğitimine birlikte başladığım, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, destek ve yardımlarını her zaman hissettiğim değerli eşkıdemlerime ve çalışma arkadaşlarıma, sevgili arkadaşım Merve YÜRÜYEN, Betül SÜLEYMANOĞLU ve Muhammed ÖZER'e

Hayatım boyunca yanımda olan, sevgileri ve destekleriyle bana güç veren sevgili babam Kemal KAZAZ, annem Ayşe KAZAZ ve kardeşlerime en içten teşekkürlerimi sunarım.

Sonsuz sevgi ve saygılarımla...

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Meslekte Çalışma Yılı ve Görev Yaptığı Birime Göre Dağılımı.....18

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Hasta ile Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı....19

Tablo 3: Yaşlı hastaya sağlık hizmeti verme ile ilgili önermelere verilen yanıtlar.....20

Tablo 4: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve çalışma özellliklerine göre UCLA-GA tutum puanlarının karşılaştırılması.....21

Tablo 5: Yaşlı Hasta ile Karşılaşmakta Tedirginlik Durumu ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması.....23

Tablo 6: Yaşlı Hasta ile Karşılaşmakta Tedirginlik Durumu ile İletişim Problemi Durumu Karşılaştırılması.....24

Tablo 7: Yaşlı Hasta ile Karşılaşmakta Tedirginlik Durumu ile Bilgi Yetersizliği Durumu Karşılaştırılması.....25

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Yaşlı nüfus oranı, 1950 - 2100.....4

Şekil 2: Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2019, 2024.....4

Şekil 3: Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Hastalarla Karşılaşmada Tedirgin Olma Nedenlerinin Dağılımı.....20

KISALTMALAR

AASM : A.B.D. : Anabilim Dalı

ANOVA : Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GFR : Glomerüler Filtrasyon Hızı

IBM SPSS : IBM SPSS Statistics (27.0)

Kİ-KARE : Ki-Kare testi (Chi-Square)

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KRUSKAL–WALLİS : Kruskal–Wallis testi

K-S : Kolmogorov–Smirnov testi

MANN–WHİTNEY U : Mann–Whitney U testi

MS Excel : Microsoft Excel (2016)

P : Anlamlılık düzeyi (p-değeri)

PEARSON : Pearson korelasyon katsayısı

SBÜ : Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SD : Standart sapma

SPEARMAN : Spearman sıra korelasyonu

STUDENT T : Bağımsız Örneklem t-Testi (Independent Student t)

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UCLA-GA : UCLA Geriatrik Tutumlar Ölçeği (UCLA Geriatrics Attitudes Scale)

WHO : World Health Organization

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının yaşlı hastalara yönelik tutumlarını ve bu tutumlarla ilişkili sosyodemografik/mesleki faktörleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan 358 sağlık çalışanı (hekim, hemşire ve diğer meslek grupları) ile yürütüldü. Veriler; sosyodemografik–mesleki bilgi formu ve 14 maddelik UCLA Geriatrik Tutumlar Ölçeği (UCLA-GA) ile yüz yüze toplandı. Veriler IBM SPSS 27.0 programında analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %68,2'si kadındı; %48'i 30 yaş altındaydı. Meslek dağılımı: hekim %57,5; hemşire %28,8; diğer %13,7. Katılımcıların %32,7'si yaşlı sağlığına dair eğitim aldığını bildirdi. "Yaşlı hasta ile karşılaşmada tedirginlik" durumları: tedirgin %11,2; kısmen tedirgin %41,1; tedirgin değil %47,8. "İletişimde zorlanma" durumları: zorlanan %10,9; bazen %53,1; zorlanmayan %36,0. UCLA-GA puanları; cinsiyet, meslek, çalışma birimi; günlük görülen yaşlı hasta sayısı; evde yaşlı ile yaşama; huzurevi/bakımevi ziyareti ve "yaşlı hasta" tanımına göre gruplar arasında farklılık göstermedi (tümü $p>0,05$). Evli katılımcıların tutum puanları bekârlardan yüksekti ($p=0,014$). Yaş gruplarında 35 yaş ve üzeri çalışanların puanları 30 yaş altından yüksekti ($p=0,001$). Meslekte <5 yıl çalışanların puanları, 5–10 yıl ve ≥10 yıl çalışanlardan düşüktü ($p<0,001$). İletişimde zorlananların tutum puanları, zorlanmayan/bazen zorlananlardan düşüktü ($p<0,001$). Tedirgin olmayanların puanları, "kısmen tedirgin" olanlardan yüksekti ($p=0,007$). Yaşlı sağlığına yönelik eğitim almış olma ve kendini deneyimli görme durumları puanlarla ilişkili değildi (her ikisi $p>0,05$).

Sonuç: Yaş, medeni durum ve mesleki kıdem arttıkça yaşlılara yönelik tutumlar olumlu yönde güçlenmektedir. Tedirginlik ve iletişimde zorlanma, olumsuz tutumlarla ilişkilidir. Bulgular, yalnızca "eğitim almış olma"nın yeterli olmadığını; iletişim becerilerini geliştiren, uygulamaya dayalı ve yapılandırılmış yaşlı sağlığı eğitimlerinin (özellikle kariyerin erken dönemlerinde) önceliklendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, tutum, sağlık çalışanları, UCLA-GA, iletişim, polifarmasi, geriatri.

ABSTRACT

Aim: To evaluate healthcare professionals' attitudes toward older patients and identify sociodemographic and occupational factors associated with these attitudes.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted with 358 healthcare professionals (physicians, nurses, and others) at a training and research hospital. Data were collected using a sociodemographic–occupational questionnaire and the 14-item UCLA Geriatrics Attitudes Scale (UCLA-GA). Data were analyzed using IBM SPSS 27.0, and statistical significance was set at $p<0.05$.

Results: Participants were 68.2% female, and 48% were under 30 years old. Occupational distribution was as follows: physicians 57.5%, nurses 28.8%, and others 13.7%. Overall, 32.7% reported having received prior training on older adults' health. Discomfort when encountering older patients was reported as uncomfortable (11.2%), somewhat uncomfortable (41.1%), and not uncomfortable (47.8%). Communication difficulty was reported as yes (10.9%), sometimes (53.1%), and no (36.0%). UCLA-GA scores did not differ by sex, profession, department, daily number of older patients, living with an older adult, nursing-home visitation, or one's definition of "older patient" (all $p>0.05$). Higher scores were observed among married participants compared with singles ($p=0.014$), those aged ≥35 compared with <30 years ($p=0.001$), and those with ≥5 years of professional experience compared with <5 years ($p<0.001$). Participants reporting communication difficulties had lower scores ($p<0.001$), and those not uncomfortable with older patients scored higher than the "somewhat uncomfortable" group ($p=0.007$). Prior geriatric training and self-perceived experience were not associated with attitude scores (both $p>0.05$).

Conclusion: Attitudes toward older adults become more positive with increasing age, marital status (being married), and professional experience. In contrast, discomfort and communication difficulties are associated with less favorable attitudes. These findings indicate that beyond theoretical instruction, early-career, practice-based, and communication-focused geriatric training programs should be prioritized.

Key Words: Aging; attitudes; healthcare professionals; older adults; UCLA-GA; communication; geriatrics.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, insanın doğumdan başlayıp ölümüne kadar devam eden, kaçınılmaz ve geri dönüşü mümkün olmayan doğal bir dönemdir. Kişi bu süreçte hem fiziksel hem de zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş yapmaktadır (1).

Çağımızdaki tıp ve teknolojideki hızlı ilerlemelerle birlikte, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetlere erişilebilirlik önemli ölçüde artmıştır (2). Bununla birlikte, etkili aile planlaması politikaları, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, yükseköğrenim gibi etkenlere bağlı olarak, öngörülen yaşam süresi son 30 yılda 8,4 yıl artarak 73,3 yıla ulaşmıştır (3). Böylece yaşlı nüfusun artışı, yirmi birinci yüzyılda toplumların karşılaştığı en önemli gelişmelerden biri haline gelmiştir.

Dünya nüfusu geçmişe kıyasla çok hızlı yaşlanmaktadır. Dünya nüfus projeksiyonlarına göre 2015 ile 2050 yılları arasında, dünyada 60 yaş üzerindeki bireylerin oranının %12'den %22'ye çıkması öngörülmektedir (4).

Ülkemizde de dünya genelindeki eğilime benzer şekilde yaşlanma oranı artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerine göre, 65 yaş üzeri nüfus son beş yılda %9,2'den %10,6'ya (9 milyon 112 bin kişi) ulaşmıştır (5).

İnsanların yaşlılık evresindeki yaşam süresinin artması, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı yaşlı hasta oranını da artırmıştır.

Yaşlı bireylerin sağlık durumu; biyolojik süreçlerin yanı sıra psikolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel koşulların ortak etkisiyle şekillenmektedir (6). Bu durum, yaşlılık döneminin yalnızca tıbbi açıdan değil, çok yönlü bir değerlendirme gerektiren bir süreç olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin bu karmaşık yapıya uyum sağlayabilmesi, yaşlı bireylerle doğrudan iletişim kuran sağlık çalışanlarının tutum ve yaklaşımlarının anlaşılmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşlı bireylere yönelik kalıpyargılar, özellikle yaşlı hastalarla doğrudan çalışan sağlık personelinin tutum ve yaklaşımlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (7). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere karşı tutumlarının belirlenmesi ve bu tutumların hangi demografik ve mesleki özelliklerle ilişkili olduğunun ortaya konulması, yaşlılıkla ilgili farkındalığın güçlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının yaşlı hastalara yönelik tutumlarının ve bu tutumları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI

Yaşlanma ve yaşlılık, günümüze kadar farklı ölçütler kullanılarak pek çok şekilde tanımlanmıştır (8). İnsanların yaşlarının ilerlemesi, fizyolojik ve biyolojik olarak zamanla gelişen doğal bir süreç olmasına rağmen, yaşlanma aynı zamanda toplumsal, kültürel ve psikolojik boyutları da içermektedir (9). Bu nedenle yaşlılık, yalnızca kronolojik yaşa indirgenemeyecek kadar çok yönlü bir olgudur. Ayrıca bu kavram; zaman, toplum ve bireysel farklılıklar açısından değişkenlik gösterdiğinden, "yaşlı" tanımına ilişkin evrensel bir standart bulunmamaktadır (10). Genel olarak yaşlılık, bireyin fiziksel ve ruhsal yönden zamanla değişime uğramasıyla birlikte, fiziksel, bilişsel, ruhsal ve sosyolojik yeterliliğinin azalması olarak tanımlanabilir.

Yaşlılığa kronolojik açıdan bakıldığında, birçok kaynakta yaşlılık 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmekle birlikte, bu yaş sınırı; gelişen teknoloji, tıptaki ilerlemeler, bireyin yaşam tarzı ve kendine verdiği değer doğrultusunda uzayan insan ömrüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genellikle 60 yaşı, Birleşmiş Milletler (BM) ise 65 yaş ve üzerini sınır kabul ederek istatistiksel ve raporlama amaçlı bu yaş aralıklarını kullanmaktadır (11). Ayrıca DSÖ, 2015 yılında yaptığı sınıflandırmada yaşlı bireyleri yaş gruplarına göre 65–74 yaş arası "genç yaşlılık", 75–84 yaş arası "orta yaşlılık" ve 85 yaş ve üzeri "ileri yaşlılık" dönemi olarak tanımlamıştır (9).

İnsan vücudunun yapı ve işlevlerinde meydana gelen değişiklikler biyolojik yaşlılık, organ düzeyindeki değişiklikler ise fizyolojik yaşlılık olarak tanımlanmaktadır (9). Yaşlılığın sosyal ve bilişsel yönleri ele alındığında, bireyin kendini yaşlı hissetmesiyle birlikte yaşam algısının ve tarzının değişmesi duygusal yaşlılık, aynı yaş grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında toplumsal rollerini ve günlük yaşam fonksiyonlarını sürdürebilme durumu ise fonksiyonel yaşlılık olarak ifade edilmektedir (9).

2.2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLILAR

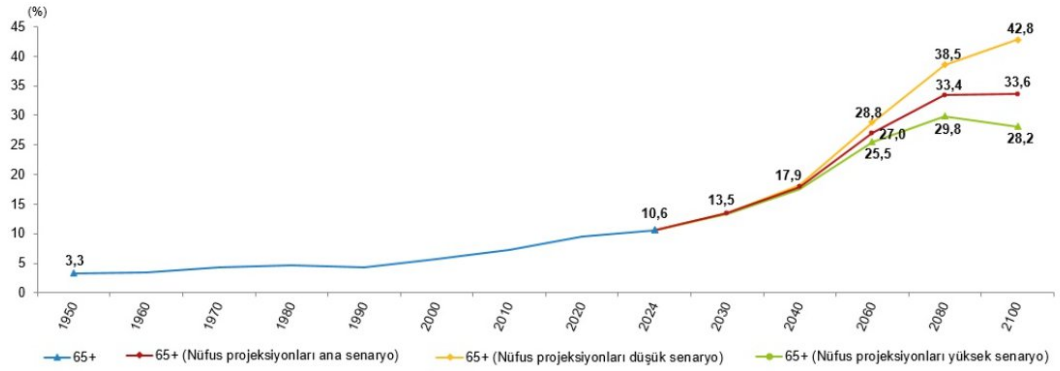
Dünyada yaşlı nüfusun her geçen yıl artmakta olup bu durumun sağlık, ekonomi ve sosyal hizmetler gibi birçok alan üzerinde derin etkiler bıraktığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2019 yılı 60 yaş üstü bireylerin sayısı 1 milyarken bu sayının 2030 yılında 1,4 milyara 2050 yılında ise 2,1 milyara yükselmesi öngörülmektedir (13). Böylelikle 2030 yılına kadar dünyadaki her 6 kişiden 1'i 60 yaş ve üzeri olacak diyebiliriz (4). 80 yaş ve üstü bireylerin ise 2020 ile 2050 yılları arasında 3 kat bir artışla 426 milyona ulaşması beklenmektedir (4).

Birleşmiş Milletler 2023 nüfus tahminlerinde, yüksek gelişmişlik düzeyindeki ülkelerin orta ve düşük gelişmişlik düzeyindeki ülkelere göre yaşlı nüfus oranlarının belirgin ölçüde yüksek olduğu açıkça görülmektedir (14). Bunula beraber gelişmiş olan ülkelerdeki yaşlanma hızı da daha yüksektir (15).

Doğum ve ölüm oranlarındaki azalma ile birlikte, Türkiye'de dünya gibi küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılmış "demografik dönüşüm" süreci içerisine girmiştir (5). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfusun 2019 yılında toplam nüfus içerisindeki oranı %9,1 iken, 2024 yılında %10,6'ya (yılında 9 milyon 112 bin 298 kişi) yükselmiştir (5). Toplam nüfusta %10,0'ı geçmiş yaşlı nüfus oranı nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Nüfus projeksiyonuna göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5, 2060 yılında %27,0, 2080 yılında %33,4 olacağı ön görülmektedir (5). Son yıllarda yaşlı nüfus artış hızı diğer nüfus gruplarının artış hızını da geride bırakmıştır (5).

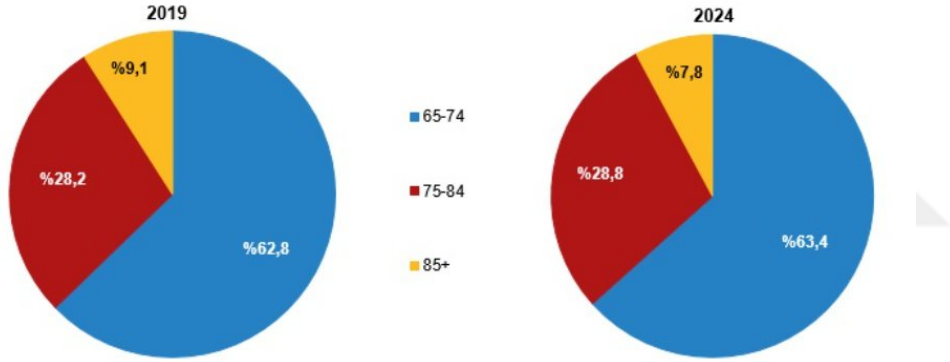
Yaşlı nüfusun %44,6'sını erkekler, %55,5'ini ise kadınlar oluşturmaktadır (5). Türkiye geneli için beklenen yaşam süresi 77,3 yıl olup, erkeklerde 74,7 yıl, kadınlarda ise 80,0 yıldır. Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzundur (5).

Şekil 1: Yaşlı nüfus oranı, 1950 - 2100



Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1950-2000
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010-2024
TÜİK, 2024 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2100

Şekil 2: Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2019, 2024



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2019, 2024
Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

2.3. YAŞLANMA ÇEŞİTLERİ

Yaşlanma süreci, bireyin farklı alanlarda gösterdiği değişimlere göre kategorilere ayrılmaktadır. Söz konusu sınıflandırmalar, yaşlanmanın bire üzerine olan etkilerini daha bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeyi mümkün kılmaktadır.

2.3.1. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma, yaşlı bireylerde bilişsel işlevlerde (zekâ, dikkat, öğrenme, bellek, dil ve akıl yürütme gibi) ortaya çıkan yavaşlamalarla birlikte duygudurum, güdülenme ve baş etme becerilerindeki değişimleri kapsar (17). Yaşlılık döneminde görülen fiziksel kayıplar, bireyin davranışsal uyum becerilerini etkileyerek yaşa bağlı

psikolojik değişimlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar; bu durum psikolojik yaşlanma olarak ifade edilmektedir (17).

Psikolojik yaş, bireyin içsel olarak yaşını nasıl algıladığını yansıtır. Zihinsel yetiler, bellek, hareket becerileri, duygusal durum ve motivasyon düzeyi gibi unsurlar, kişinin kronolojik yaşına göre kendini daha genç ya da yaşlı hissetmesine neden olabilir (15).

2.3.2. Sosyal ve Toplumsal Yaşlanma

İnsan sosyal bir varlık olduğundan ve sosyal ortamda yaşadığından yaşlanmaya sosyolojik açıdan da bakmak gereklidir (18). Kişinin toplumda üstlendiği statü, rol ve alışkanlıkları yaşlanmayla birlikte değişmekle beraber büyük oranda azalma göstermekte ve yaşlı bireyin yaşamdan izole olmasına kadar götüren bir süreç meydana gelmektedir (18). Sosyal yaşlanma; ailedeki kayıplar, yeni bireylerin katılımıyla rollerin değişmesi, emeklilik ve sosyal çevredeki ilişkilerin dönüşümü gibi yaşam olaylarıyla kendini gösterir. Bu değişimler bireyi olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir (19). Toplumsal yaşlanma ise bireyin zamanla toplumsal rollerini yeterince yerine getirememesi sonucu çevresinden "yaşlı" olarak algılanmasıyla ilişkilendirilmektedir (19).

2.3.3. Kronolojik Yaşlanma

Kişinin doğumundan itibaren 1 yıllık süreler bazalınarak hesaplanan takvim yaşını ifade etmektedir (20). Kronolojik yaş, yaşlı bireyin sağlığı, toplumsal rolü ile ilgili olmayıp yaş sınırı da net değildir. Farklı otörlece zaman ve değişen şartlarla farklı sınırlar getirilmiştir.

2.3.4. Biyolojik Yaşlanma

Yaşla beraber vücutta moleküler ve hücresel düzeyde meydana gelen değişimler kişinin fizyolojik kapasitesinde azalmaya ve kişiyi birçok kronik hastalığa zemin hazırlanmış hale getirir (21). Dolaşım, solunum sistemi, metabolik hastalıklar, kanser gibi hastalıklarının görülme sıklıkları artar (21). Ancak her bireyin genetik özelliklerinin farklı olması, fiziksel ve mental olarak aktif bir hayat sürüp sürmemeleri, çevresel faktörlerin de farklılığıyla biyolojik yaşlanmanın yaş ile paralel bir ilişkisinin olmadığı

aşikârdır (21). Zira hayat tarzının değiştirilmesi ile meydana gelen olumlu değişimler biyolojik yaşın belli sırılar içerisinde değiştirilebileceğinin göstergesidir.

2.4. YAŞLILIKTA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

İleri yaşla birlikte organizmanın fizyolojik kapasitesi azalır; bu durum bedensel ve ruhsal işlevlerin yanı sıra sosyal etkileşimlerde de gerilemeye yol açarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (21,22). Sonuç olarak fiziksel ve mental yönden değişik düzeylerde bağımlı hale gelmektedirler (21). Bu değişiklikler aynı zamanda birçok hastalığın da temelini oluşturacağı için sağlık çalışanlarınca iyi değerlendirilmeleri gerekmektedir.

2.4.1. Fizyolojik Değişiklikler

Fizyolojik ve homeostatik süreçlerdeki değişimler yaşlanmanın doğal sonucudur; ancak bu süreçlerin etkisi kişiden kişiye farklılık gösterebilir (23). Fizyolojik değişikliklerin iyi bilinmesi, bu değişimlerin neden olabileceği kronik hastalıkların tanılanması ile morbidite ve mortalite nedenlerinin belirlenmesi açısından sağlık çalışanları için büyük önem taşımaktadır.

Hücrelerin kendini yenileme ve iç dengesini koruma kapasitesinin azalması, doku ve organ düzeyinde işlev kayıplarına neden olmaktadır (12). Mikro düzeydeki değişmeler sistemlerdeki değişmeyle sonladığında birden fazla kronik hastalık görülür. Psikomotor gerileme ve buna bağlı günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, düşme ve kaza riskinde artma ve enfeksiyonlara yakalanma olasılığı artmaktadır (24). Tüm bunlar bireyin günlük yaşam aktivitelerini, bağımsızlık düzeyini ve sosyal etkileşimini olumsuz yönde etkileyebilir.

2.4.1.1. Ciltte Meydana Gelen Değişiklikleri

Yaşlanmayla cilt altı yağ dokusunda azalma: derinin incelmesi, kuruması ve elastikiyetinin kaybedilmesine, neden olur (25). Duyusal sinir uçlarının azalması yaralanma riskini artırırken, iyileşme sürecini de yavaşlatır (25).

2.4.1.2 Kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte stroke volüm ve kardiyak debide azalma; egzersiz sırasındaki kardiyovasküler uyumu zayıflatmakta ve postural hipotansiyon gelişme

riskini artırmaktadır (24,25). Damar esneliğinin kaybedilmesi sonucu sistolik kan başında hafif artış meydana gelir, nabız basıncı genişler (26).

2.4.1.3 Solunum Sistemindeki Değişiklikler

Akciğer elastikiyetinin azalması, göğüs duvarının sertleşmesi ve solunum kaslarının zayıflaması sonucu gaz değişimi ve ventilasyon kapasitesinde kademeli düşüş olur (25). Hipoksi ve hiperkapniye verilen yanıtta %50 oranında azalma görülebilir (27). Öksürme ve yutma reflekslerinin zayıflaması aspirasyon riskini artırırken, azalan silier aktivite ve savunma sistemi de solunum yolu enfeksiyonlarına karşı duyarlılığın artmasına neden olmaktadır (25,27).

2.4.1.4. Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler

Zamanla gastrointestinal sistemde sindirim enzimlerinin ve mukus üretiminin azalması, ince bağırsakta emilim fonksiyonlarının bozulmasına neden olabilir. Organizmanın ihtiyaç duyduğu temel besin maddelerinin yetersizliği görülebilir (24). Tüm sistem boyunca olan kasılmaların amplitüdünde düşme, düzensizlik ve azalma görülebilir (27). Tat ve koku alma duyuları, karaciğer aktivitesinde azalma görülür (24).

2.4.1.5. Sinir Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Sinir sisteminde ise beyinde azalan hücre sayısı ve dejenerasyonu hareketlerde yavaşlama ve tepkilerde uzamayı beraberinde getirir (25,27). Beyin hacim azalması erkeklerde daha erken başlarken, kadınlarda nörolojik bozuklukların daha hızlı ilerlediği görülmüştür (28). Yaşlanma ile Özellikle kısa süreli hafıza, algılama, öğrenme, bilgi depolama gibi bilişsel fonksiyonlarda kayıp görülürken sipinal korda bağlı değişiklikler sonucu duyu kayıpları da görülebilir (25).

2.4.1.6. Endokrin ve Genitoüriner Sistem Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte hem periferik endokrin bezlerde hem de hipotalamo-hipofizer eksen homeostazında değişiklikler meydana gelir; buna paralel olarak dokuların hormonlara yanıt verme kapasitesi azalır. Sirkadiyen ritimlerde zayıflama gözlenir (27). Kadınlarda menopoz nedeniyle meydana gelen değişiklikler, erkeklere kıyasla daha belirgindir. Menopozla birlikte uterus ve over dokularında atrofi gelişir; vajinal doku ise daha ince, kuru ve elastikiyetini kaybetmiş bir hâl alır (25). Östrojen

düzeylerinin azalmasıyla vazomotor belirtiler, depresyon, deride ve vücut kompozisyonunda değişme (vücut yağı artar, kas kütlesi azalır) görülür (24). Erkeklerde gonadol steroidlerin düşüşü ile andropoz gelişir (27).

2.4.1.7. Kas ve İskelet Sistemi Sorunları

Kas ve iskelet sisteminde yaşla birlikte kemiklerin dansitesinde azalma ve frajilitede artış mevcuttur (25). Menopozla beraber kadınlardaki kemik kayıp hızı artar (25). Büyüme hormonu ve testosteronun azalama, nöronal kayıpla tüm yaşlılarda kaslarda incelme ve atrofi görülür (24). Hatta ortalama 80 yaşına gelindiğinde genç yetişkinlere kıyasla kas kütlesi yarıya inerken yağ dokusu iki katına çıkar (24). Sinoviyal sıvılarda, kıkırdak dokuda azalma ve kalsifikasyon görülür (28). Tüm bu kolaylaştırıcı faktörler, diş kayıpları, vücut postür değişiklikleri, hareket kısıtlılığı ve koordinasyon problemlerine yol açmış olur (25).

2.4.1.8. Boşaltım Sistemindeki Değişikler

Yaşla beraber böbreklerde atrofi ve kan akımı miktarında azalma meydana gelir; buna bağlı olarak kreatinin klirensi ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) düşer (29). Elektrolit değişimlerine verilen hemostatik yanıt yavaşlar (27). Ayrıca susuzluk hissinde azalma görülür. Mesane kapasitesinin azalır, detrüsör kasının kontrolsüz kasılmaları, idrar yapma hissi uyandırabilir. Erkeklerde prostat bezinin büyümesi, idrara çıkışı zorlaştırabilir (29). Böbrek yoluyla atılan ilaçların sistemik klirensinde azalma olur (27).

2.5. YAŞLILIKTA SAĞLIK SORUNLARI

Yaşlılık Erikson'a göre biyopsiko-sosyal açıdan ''gerileme dönemi'' olarak adlandırılmaktadır (28). Bu gerilemeyle birlikte bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlardaki ihtiyaçları da yeniden şekillenmektedir ve bu değişimler pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir (30).

Belli bir düzeye kadar sorun yaratmayan fizyolojik değişiklikler, belli sınırı aştığında sağlık sorunu haline gelir (21). Ancak bu değişimler tüm bireylerde aynı oranda ve şekilde gerçekleşmemektedir. Bazı yaşlı bireyler bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı kalabilirken, bazıları temel yaşam ihtiyaçlarının karşılayamayacak düzeyde işlev kaybı

yaşayabilmektedir (19). Yaşlıların aynı anda birden fazla kronik hastalık (multimorbidite) deneyimleme olasılıkları da yüksektir (21).

2.5.1. Geriatrik Sendromlar

Yaşlılarda fizyolojik süreçler zincirinin sonunda, çoğunlukla atipik semptomlarla seyreden ve hastalık tanımı ile tam olarak açıklanamayan morbidite ve mortaliteyi arttırabilen klinik durumlar geriatrik sendrom (gs) olarak adlandırılmaktadırlar (31). Yaşlı bireylerde genetik yatkınlığın yanı sıra çevresel, klinik, psikolojik ve sosyal unsurların etkileşiminden ortaya çıkmaktadır (32). Düşme, kırılganlık, üriner inkontinans, uyku bozukluğu, tremor, demans, polifarmasi, ortostatik hipotansiyon, sarkopeni, osteoporoz, malnütrisyon, kronik ağrı, deliryum, konstipasyon, disfaji, bası yaraları gibi durumlar geriatrik sendromlar arasında yer almaktadır (33,34). Türkiye'de 2018 yılında yayınlana bir çalışmada en sık görülen geriatrik sendromlar polifarmasi %54,5, idrar inkontinansı %47,6, depresyon %35,1, düşme %33,6 oranında görülmüştür (35).

2.5.2. Kronik ve Kronik Olmayan Hastalıklar

Yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların görülme sıklığında da belirgin bir artışa yol açmaktadır. Geriyatrik yaş grubunda hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, atriyal fibrilasyon, kronik böbrek ve serebrovasküler hastalıklar, dislipidemi, Parkinson hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), depresyon ve kanser gibi hastalıkların görülme sıklığı fazladır (36).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2023 verilerine göre 65 yaş ve üzeri kişilerdeki kronik hastalık oranı %78,7 olduğu belirlenmiştir (37). Kronik hastalıklar, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde belirgin bağımsızlık kaybına yol açabilmektedir. 2023 verilerine göre günlük yaşamı ciddi şekilde kısıtlanan yaşlıların oranı %32,3'tür (37). Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerini sınırlayabilecek durumların erken tanımlanması ve önlenmesi, fonksiyonel kayıpların azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Aynı kişide iki veya daha fazla hastalığın bulunması olarak tanımlanan multimorbidite, yaşın ilerlemesiyle artış göstermektedir (38). 60 yaş üzeri bireylerde multimorbidite görülme oranı %55–98 arasında değişmektedir (32). Multimorbidite, yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin azalmasına, fonksiyonel bağımsızlığın kaybına, çoklu

ilaç kullanımına (polifarmasi) ve sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır (32).

Yaşlı bireylerde en sık görülen hastalıklar arasında demans, Alzheimer hastalığı, görme ve işitme bozuklukları, malnütrisyon, osteoporoz, yürüme bozuklukları, sık düşme, bası yaraları, uyku bozuklukları ve osteoartroz yer almaktadır (31). 2024 yılı TÜİK verilerine göre, yaşlı bireylerde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı dolaşım sistemi hastalıkları (%36,0) almaktadır. Bu grubu neoplastik hastalıklar (%16,3) ve solunum sistemi hastalıkları (%15,0) takip etmektedir (39).

Yaşlı bireylerde kronik hastalıkların ve kronik olmayan hastalıkların etkin biçimde yönetilmesi, yaşam kalitesinin korunmasında ve komplikasyonların önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu süreçte uygun tedavi planı, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının teşviki, düzenli tıbbi izlem ve bireyin fonksiyonel kapasitesinin desteklenmesi büyük önem taşır.

2.5.3. Travmalar

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişimler — kas kütlesinin azalması (sarkopeni), denge ve duyusal sistemlerde bozulma, görme-işitme kayıpları ve çoklu kronik hastalıkların artışı — yaşlı bireyleri travmatik olaylara karşı daha hassas hale getirmektedir.

Türkiye'de 2023 yılında yayınlanan bir araştırmaya göre yaşlı bireylerde travma sebepleri yaş ve cinsiyete göre değişmekle beraber, en sık sebep "aynı seviyeden düşme" olarak belirlenmiş, bunu delici-kesici alet yaralanmaları ve trafik kazaları takip etmiştir (40).

65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık üçte biri, 80 yaş ve üzerindekilerin ise yarısı yılda bir kez düşmektedir (41). Bu düşmelerin çoğunluğunu (%40) hafif berelenme ve sıyrıklar oluşturmaktadır. Ancak yaklaşık %5 oranında hastaneye yatış gerektiren vakalar görülürken, %2,2'lik bir kısımda ölüm gerçekleşmektedir (42).

Travma sonrasında yaşlı bireylerde düşme korkusu gelişebilmekte, bu durum sosyal etkileşimlerin azalmasına, depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir (43).

2024 yılında yayımlanan bir çalışmada, yaşlı bireylerde düşmelerin yalnızca sağlık açısından değil, ekonomik yönden de önemli bir yük oluşturduğu ve düşmeleri önlemeye yönelik stratejilerin sağlık politikalarında öncelikli hale getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (44).

2.5.4. Polifarmasi

Dünya Sağlık Örgütüne göre polifarmasinin kesin bir tanımı bulunmasada, genellikle beş veya daha fazla ilacın rutin kullanımı olarak tanımlanmaktadır (45). Yaşlanmaya beraber değişen farmakokinetik geriatrik bireylerde hem farklı ilaç yan etkileri görülmesi hem de yan etkilere olan duyarlılığı arttırmaktadır. Bu değişiklikler eşliğinde polifarmasi, uygunsuz ilaç kullanım riskinde, ilaç-ilaç etkileşimlerinde, istenmeyen ilaç reaksiyonlarında artışa neden olmaktadır. Bu sebeplerde deliryumdan kalça kırığına kadar geniş bir yelpazede yaşam kalitesinde bozulma ve artan sağlık maliyetlerini beraberinde getirmektedir (42,46).

2.6. SOSYOKÜLTÜREL VE EKONOMİK SORUNLAR

Toplumun yaşlanması ile yaşanan değişiklikler hem genel olarak toplumu hem de yaşlı bireylerin yaşamını etkileyen sosyal sorunların daha belirgin hale gelmesine neden olmaktadır (47). Bu değişiklikler, bireyin toplumla olan ilişkilerini, sosyal rollerini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Yaşlı bireylerin sosyal sorunlarla karşı karşıya kalması fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkileyebilir. Yaşlılık sürecinde ortaya çıkan sorunlar, bir yandan bireyin sağlık durumunu ve ekonomik gücü gibi kişisel etmenlerden, diğer yandan da yaşanılan çevrenin sosyal ve kültürel koşulları ile devletin yaşlılara yönelik politika ve hizmetlerinden etkilenmektedir (48).

2.6.1. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon - Sosyal Ayrımcılık

Emeklilik, işsizlik, aile bireylerinin kaybı veya uzakta olması, modern-çekirdek aile yapısı ve sağlık sorunları gibi etmenlerden ötürü sosyal roller değişmekte ve yaşlıların sosyal yaşamdan uzaklaşmasına zemin hazırlamaktadır (48). Aynı zamanda modernleşen dünyada yaşlılığın “toplum için bir yük” olduğu algısı da toplumsal dışlanmaya ve yetersizlik duygusuna yol açabilmektedir (49). Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir çalışmaya göre, yaşlılığın yol açtığı en önemli sorun olarak sağlık sorunları yanında ikinci sırada (%41) yalnızlık ve sosyal dışlanma gelmektedir (50). Dünyada her

dört yaşlıdan birinin sosyal izolasyon yaşadığı tahmin edilmektedir. Çok sayıda araştırmaya göre sosyal izolasyon ve yalnızlık, bireylerin hem fiziksel hem ruhsal sağlıkları hem de yaşam kaliteleri ve süreleri üzerinde belirgin olumsuz etkiler yaratmaktadır. Hatta ölüm oranı üzerindeki etkisi, sigara kullanımı, obezite ve fiziksel inaktivite gibi iyi bilinen risk faktörleriyle benzer düzeydedir (51). Toplumların sosyokültürel yapısı ve yaşlılığa bakış açısı, iletişim biçimini ve hizmet sunumunu doğrudan etkilemekte; bu durum, sağlık çalışanları da dâhil olmak üzere toplum genelinde yaşlı bireylere yönelik ayrımcı tutumların oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (52).

2.6.2. Yaşlı İstismarı ve İhmali Sorunu

Yaşlı istismarı ve ihmali, etnik köken, kültürel yapı veya sosyo-ekonomik düzey fark etmeksizin; evde, bakım kurumlarında ya da sağlık kuruluşlarında her yaşlı bireyin karşılaşabileceği evrensel bir sorundur (53). Yaşlı istismarı Dünya Sağlık Örgütünce, "güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen, yaşlı bireye zarar veren veya zarar verme potansiyeli olan tek seferlik ya da yinelenen davranışlar ve ihmalkâr tutumlar" olarak tanımlanmaktadır (54). DSÖ'nün 2017 raporuna göre, 60 yaş ve üzeri her altı kişiden birinin bir yıl içerisinde en az bir çeşit istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (54). İstismar türleri; fiziksel, psikolojik, mali, cinsel istismar ve ihmal, terk edilme olarak sıralanabilir (55). Türkiye'de 2019 yılında yapılan bir çalışmaya göre, yaşlı bireyler en çok %41,8 oranında psikolojik istismara maruz kalırken, bunu sırasıyla fiziksel (%24,5), ekonomik (%20) ve cinsel (%5,5) istismar izlemiştir. Bireylerin %19,1'i ise ihmale maruz kaldığını belirtmiştir (56). Yaşlı istismarı açısından en yüksek risk, geçmişte şiddet öyküsü bulunan bireylerde görülmekte olup; bunu kötü aile ilişkileri, etnik azınlık mensubu olmak, ruhsal veya nörolojik bozukluklar ve kognitif yetersizlikler takip etmektedir (53). Yaşlı istismarı; fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına, hastane ve bakım ihtiyacının artmasına ve ölüm riskinin (3 kat) yükselmesine neden olan ciddi bir sorundur (53). Yaşlı bireyler genellikle ihmal ve istismara çocukları, eşleri veya akrabaları tarafından maruz bırakılmakta ve bu durum aile içinde gizli tutulma eğilimindedir (57). Bu durumun gün yüzüne çıkarılabilmesi için aile hekimleri, evde sağlık çalışanları, acil sağlık çalışanları başta olmak üzere sağlık sektörünün ve diğer sektörlerin iş birliği içerisinde olması gerekmektedir (53).

2.6.3. Yoksulluk Sorunu, Beslenme, Barınma Sorunu

Yaşlılık döneminde iş gücüne katılımın azalması, emekli aylıklarının yetersizliği ve ihtiyaca binaen artan sağlık harcamaları, bireyler üzerinde ciddi ekonomik yükler oluşturmaktadır (48). Öyle ki ekonomik sorunlar, yaşlanmanın getirdiği üçüncü (%9) en önemli sorun olarak gösterilmiştir (50). Yaşlı bireyler, çalışma hayatında istihdamda, eğitim ve meslek edinme fırsatlarında yaş ayrımcılığına maruz kalmaktadırlar (55).

Bu sebeple üretkenlik sürecinden durgunluk sürecine geçen yaşlılar "işe yaramama, kendine ve başkasına yetememe duygusu"na kapılabilirler (58). Böyle bir durum, bireyin ruhsal dengesini olumsuz etkileyerek depresyon, özgüven kaybı ve toplumsal geri çekilme riskini artırabilmektedir.

Bireysel bağımlılıkta artış, yalnızlaşma, sosyal destek eksikliği ve ekonomik güçlüklerle birlikte barınma ile yaşlı bakımı da önemli bir yaşlılık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Zamanının %80'inden fazlasını ev ortamında geçiren yaşlı bireyler için yaşam alanının konforu ve bakım hizmetlerine erişilebilirlik, bireysel refahın sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır (55). Ev koşullarının yetersizliği ve bakım hizmetlerindeki aksaklıklar, yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Yaşlılıkta yetersiz beslenme; yoksulluk, yalnızlık, hastalık ve zihinsel bozukluklara bağlı olarak sık görülmekte, bireyin yaşam kalitesi ile bağımsızlığını olumsuz etkilemektedir (55).

2.7. YAŞLI HASTAYA YAKLAŞIMDA İLETİŞİMİN ROLÜ

Etkili iletişim, hasta merkezli ve kaliteli sağlık hizmetinin en temel bileşenlerinden biridir (59). Yaşlı erişkinlerde etkili iletişim kurmak, yaşa özgü sağlık sorunları ve psikososyal değişimlerin varlığı nedeniyle sağlık profesyonelleri için ayrı bir dikkat ve beceri gerektirmektedir (60). Sağlık çalışanları ile hasta arasındaki kaliteli iletişim, tedavi uyumunu artırırken, aynı zamanda hastada motivasyon, güven ve duygusal destek etkisi yaratır (61). Bunların yanında özellikle birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin biçimde aktarılmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını da kolaylaştırmaktadır (42).

2.8. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI HASTAYA KARŞI TUTUMLARI

Yaşlılardaki fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler, toplumun yaşlıya olan bakış ve tutumunu değiştirirken bu değişiklik sağlık çalışanlarında da görülmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalara yönelik tutumları, verilen hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir. Bu tutumlar bireysel değerler, eğitim düzeyi, klinik deneyim vb. etmenlere bağlı olarak değişmektedir (62). Sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumlarını inceleyen çok sayıda araştırma literatürde yer almaktadır. 2020 yılında yapılan bir çalışmada, hemşireler arasında yaşlılık ve yaşlı bakımına yönelik tutumların genel olarak olumlu yönde olduğu; bu tutumların yaş, eğitim düzeyi ve yaşlı bireylerle çalışma deneyimi gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir (63). 2021 yılında yapılan başka bir çalışmaya göre, tam zamanlı aile hekimi asistanları arasında yaşlılara yönelik tutum düzeyini anlamlı biçimde etkileyen tek etkenin, uzmanlık eğitimi sürecinde yer alan yapılandırılmış yaşlı sağlığı eğitimi programı olduğu saptanmıştır (64).

2.9. GERİATRİK HASTALARDA HASTA MERKEZLİ BAKIM YAKLAŞIMI

Mevcut sağlık sistemleri, çoğunlukla yaşlanma ile birlikte gelişen karmaşık ve kronik sağlık sorunlarını çözümlemekten çok, kısa süreli ve ani sağlık problemlerine odaklanacak şekilde düzenlenmiştir (65). Ancak bireylerin tıbbi sorunlarının yanında değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterip dikkate alan bütüncül bir sağlık hizmeti olan hasta merkezli yaklaşım, özellikle çoklu sağlık sorunları ve işlev yetersizlikleri olan geriatrik hastalar için oldukça önemlidir (65,66). Bu nedenle, her yaşlı bireyin farklı gereksinimleri göz önüne alınarak kişiselleştirilmiş bakım planlarının uygulanması gereklidir.

Bu yaklaşımla her ne kadar hastalar karar alma süreçlerine aktif katılım sağlasalar da, yaşlı bireyler ve çoklu kronik hastalıkları olanlar genellikle daha fazla rehberlik ve yönlendirmeye ihtiyaç duyabilmektedir (67). Bu sebeple, yaşlı bireylerle çalışan sağlık çalışanları, hastaların işlevsel kapasitesine uygun biçimde karar verme sürecine rehberlik etmelidirler.

2.10. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EĞİTİMİNDE GERİATRİ DUYARLILIĞI

Yaşlı nüfusun hızla artması, sağlık çalışanlarının geriatrik bireylerin özgün ihtiyaçlarına duyarlı, bilgi ve beceri temelli bir yaklaşımla sağlık hizmeti sunumunu zorunlu kılmaktadır. Bu sebeple geriatri, günümüzde modern tıbbın giderek önem kazanan ve gelişen disiplinlerinden biri haline gelmiştir (68). Gerontoloji, yaşlanma sürecini biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle inceleyen bir bilim dalı olarak tanımlanırken; geriatri, 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık sorunlarının tanı, tedavi ve izlem süreçleriyle ilgilenen tıp alanı olarak kabul edilmektedir (42). Geriatri yalnızca tıpta bir uzmanlık dalı değil, aynı zamanda tüm sağlık çalışanlarının bilgi ve yaklaşım geliştirmesi gereken bir alandır.

2.10.1. Lisans - Lisansüstü Eğitiminde Geriatri

Yaşlı sağlığına ilişkin farkındalığın, sağlık eğitiminin erken dönemlerinde kazandırılması, geriatrik bakımın kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Geriatriye yönelik bilgi ve deneyimi sınırlı olan öğrenciler, mezuniyet sonrasında yaşlı bireylerle çalışmaya karşı daha isteksiz olabilmektedir (69).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, kesitsel nitelikte bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları (hekim, hemşire, fizyoterapist ve diğer sağlık meslek grupları) arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini, hastanede aktif olarak görev yapan toplam 5.125 sağlık çalışanı oluşturmuştur. %95 güven düzeyi esas alınarak yapılan istatistiksel hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü 358 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya, gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan 358 sağlık çalışanı alınmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. Hastanede aktif olarak görev yapan sağlık personeli (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni vb.),
2. Geriatrik hastalarla doğrudan çalışan kişiler,
3. İletişim problemi bulunmayan bireyler.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeyenler,
2. Geriatrik hastalarla doğrudan çalışmayan sağlık çalışanları.

3.1. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına, sosyodemografik özellikleri ve mesleki öykülerini (unvan, hizmet süresi), yaşlı hastalar konusunda eğitim alıp almadıkları, deneyim durumları ve yaşlı hastalarla çalışırken tedirginlik hissedip hissetmedikleri ile ilgili soruları içeren 16 maddelik anket formu, ayrıca UCLA Geriatrik Tutumlar Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Yaşlı tutum değerlendirme anketi (UCLA-GA), Reuben ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şahin ve ark. Tarafından 2012 yılında yapılmıştır.(70,71) Sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı tutumlarını belirlemeyi amaçlayan, 14 maddeden oluşan 5'li Likert tipinde (kesinlikle katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, kararsızım=3, katılıyorum=4, tamamen katılıyorum=5) bir ölçektir. Olumsuz maddeler tersine puanlanmaktadır. Anketten

alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşlılara yönelik olumlu tutumun da arttığını göstermektedir.

Bu çalışma için gerekli analizler kişisel bir bilgisayar ortamında SPSS 27.0 paket programı yardımıyla analiz edildi. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 27.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve Microsoft Excel 2016 programları kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Post-hoc test olarak Tukey-bonferoni düzeltmesi kullanılmış olup, $p<0.008$ istatistiksel anlamlılığı ifade etmiştir.

Normallik varsayımı için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Gruplar arası farklılıklarda, normal dağılım gösteren ikili gruplar için Independent Student t testi, normallik sağlanmadığı koşulda Mann Whitney U testi ile kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare Analizi ile test edilmiştir. İkiden fazla grup ortalamaları karşılaştırmasında ise One-Way Anova kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımının sağlanmadığı ikiden fazla gruplarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Bununla birlikte gruplar arasındaki ilişki karşılaştırmasında Pearson veya Spearman korelasyon kullanılarak gerekli analizler gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar ortalama±standart sapma olarak ifade edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda "ki-kare", "student T testi", "Continuity correction", "Mann-Whitney U" testleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞANLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Çalışmaya toplam 358 sağlık çalışanı dâhil edilmiştir. Katılımcıların %68,2'si (n=244) kadın, %31,8'i (n=114) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, %48,0'ının (n=172) 30 yaşın altında, %25,1'inin (n=90) 30–35 yaş aralığında ve %26,9'unun (n=96) 35 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının %57,5'i (n=206) hekim, %28,8'i (n=103) hemşire ve %13,7'si (n=49) diğer sağlık personeli grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %50,8'inin (n=182) evli, %49,2'sinin (n=176) bekâr olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılı ve görev yaptığı birime göre dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Meslekte Çalışma Yılı ve Görev Yaptığı Birime Göre Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Meslekte Çalışma Yılı	5 yıldan az	168	46,9
	5–10 yıl	82	22,9
	10 yıl ve üzeri	108	30,2
Görev Yapılan Birim	Poliklinik	126	35,2
	Servis	92	25,7
	Poliklinik ve Servis	140	39,1
Toplam		**358**	**100,0**

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşlı hasta tanımına ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde, %14,8'inin (n=53) yaşlı hasta kategorisini 50 yaş ve üzeri, %39,1'inin (n=140) 65 yaş ve üzeri, %29,3'ünün (n=105) 70 yaş ve üzeri ve %16,8'inin (n=60) 75 yaş ve üzeri olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Sağlık

çalışanlarının yaşlı hasta ile karşılaşma durumlarına göre dağılımı tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Hasta ile Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı

	Kategori	**n**	**%**
Huzurevi ve Bakım Evi Ziyareti Durumu	Evet	149	41,6
	Hayır	209	58,4
Evde Yaşlı Bireyle Yaşama Durumu	Evet	44	12,3
	Hayır	240	67,0
	Geçmişte vardı	74	20,7
Günde Ortalama Görülen Yaşlı Hasta Sayısı	<15	168	46,9
	15–40	137	38,3
	≥40	53	14,8
Toplam		**358**	**100,0**

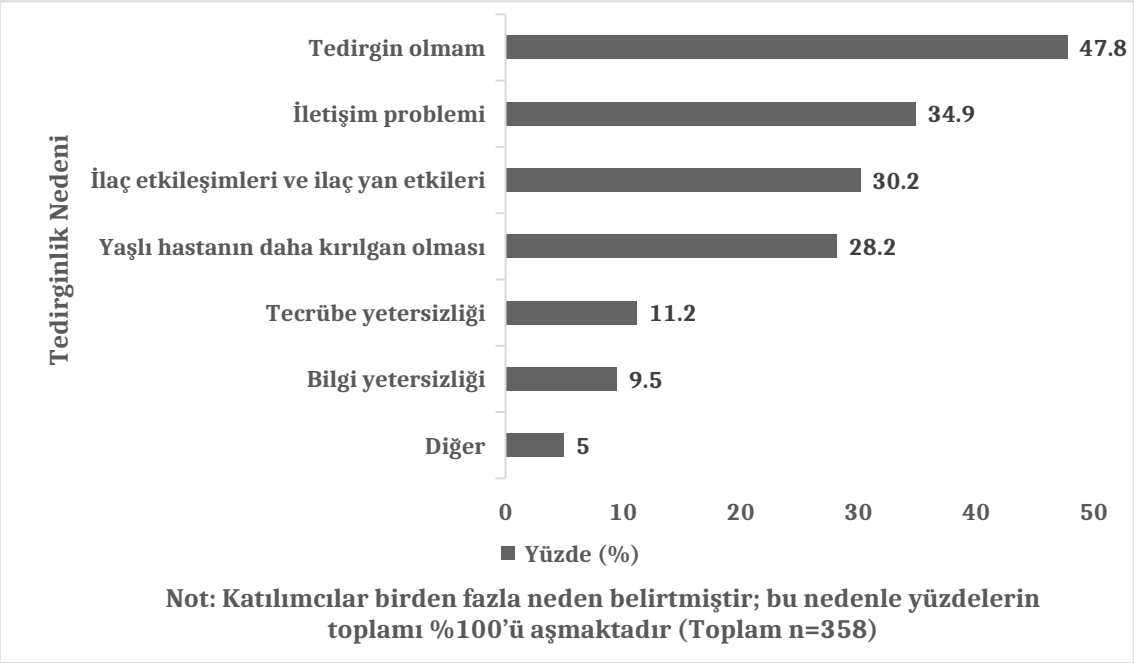
Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %32,7'si (n=117) daha önce yaşlı hasta konusunda eğitim aldığını, %59,5'inin (n=213) eğitim almadığını ve %7,8'inin (n=28) ise bu konuda eğitim alıp almadığını hatırlamadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %36,9'u (n=132) yaşlı hasta konusunda kendini deneyimli, %45,8'i (n=164) kısmen deneyimli ve %17,3'ü (n=62) ise deneyimsiz olarak değerlendirmiştir.

Katılımcılara, yaşlı hastalarla karşılaştıklarında tedirgin olup olmadıkları ve eğer tedirginlik varsa bunun nedenleri sorulmuştur. Buna göre sağlık çalışanlarının %11, 2'sinin (n=40) yaşlı hastalarla karşılaşmada tedirgin olduğu, %47, 8'inin (n=171) tedirgin olmadığı ve %41, 1'inin (n=147) kısmen tedirgin olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların yaşlı hasta ile karşılaştığında tedirginlik nedenleri aşağıda şekil 3 'te belirtilmiştir.

Şekil 3: Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Hastalarla Karşılaşmada Tedirgin Olma Nedenlerinin Dağılımı



Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %10,9'u (n=39) yaşlı hastalarla iletişim kurmakta zorlandığını, %36'sı (n=129) zorlanmadığını ve %53,1'inin (n=190) ise bazı durumlarda zorlandığını belirtmiştir.

Yaşlı hastaya sağlık hizmeti verme ile ilgili önermelere verilen yanıtlar tablo 3 'de sunulmuştur.

Tablo 3: Yaşlı hastaya sağlık hizmeti verme ile ilgili önermelere verilen yanıtlar

Mümkün olsa hiç yaşlı hasta bakmak istemem	27 (7,5)
Geriatrik gruba bakım vermek beni mutlu eder	145 (40,5)
Yaşlı hastalara yalnızca bu konuda uzmanlaşmış kişiler bakım vermeli	166 (46,4)
Hastanın ileri yaşta olduğunu görmek şikâyetinden bağımsız beni tedirgin eder.	56 (15,6)
Yaşlı hasta ile ilgilenirken sürecin bir an önce bitmesini isterim	42 (11,7)
Yaşlı hastanın yakınları ile iletişim kurmak zordur	89 (24,9)

(Yaşlı hastaya sağlık hizmeti verme ile ilgili önerme seçeneklerinden birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)

Katılımcıların UCLA-GA tutum puanı ortalaması 47,13 (min = 28, maks = 65) olarak saptanmıştır. Bu bulgu, genel olarak sağlık çalışanlarının yaşlı hastalara yönelik olumlu bir tutuma sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 4, sağlık çalışanlarının UCLA-GA tutum puanlarının sosyodemografik ve çalışma özelliklerine göre karşılaştırılmasını göstermektedir.

Tablo 4: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve çalışma özellliklerine göre UCLA-GA tutum puanlarının karşılaştırılması

Özellik	**UCLA Tutum Puanları Ortalama±SE**	**p**
Cinsiyet		
Kadın	47,33±5,237	0,364
Erkek	46,70±6,411	
Medeni Durum		
Evli	47,79±5,751	0,014
Bekâr	46,44±5,446	
Huzurevi/Bakımevi ziyareti		
Evet	47,60±5,949	0,184
Hayır	46,79±5,391	
Yaş		
30 yaş altı	46,12±5,611	
30–35 yaş arası	47,33±5,436	0,001
35 yaş ve üzeri	48,75±5,517	
Meslek		
Doktor	46,91±5,493	
Hemşire	47,70±5,401	0,477
Diğer Sağlık Personeli	46,86±6,661	
Meslekte Çalışma Yılınız		
0–5 yıl	45,64±5,299	
6–10 yıl	48,76±5,144	0,000
10 yıl ve üzeri	48,20±5,954	
Çalışma Yeri		
Poliklinik	47,54±5,707	
Servis	46,82±5,557	0,641
Her ikisi de	46,96±5,641	
Evde yaşlı bireyle yaşama durumu		
Evet	47,91±6,171	
Hayır	46,95±5,588	0,667
Geçmişte Vardı	47,26±5,492	
Yaşlı hasta olarak değerlendirilen yaş sınırı (katılımcının algısına göre)		
50	46,30±5,497	
65	47,17±5,769	0,694
70	47,42±5,456	
75	47,25±5,821	

Günlük yaşlı hasta sayısı		
15'ten az	47,27±5,564	0,891
15–40 arası	47,04±5,479	
40 ve üzeri	46,91±6,322	
Yaşlı hasta konusunda deneyim durumu		
Evet	47,27±5,801	0,436
Hayır	46,42±6,053	
Kısmen	47,29±5,345	
Branşla ilgili yaşlı hasta eğitimi alma durumu		
Evet	47,40±5,403	0,815
Hayır	46,99±5,751	
Hatırlamıyorum	47,04±5,859	
Yaşlı hasta ile karşılaşmada tedirginlik durumu		
Evet	47±5,607	0,007
Hayır	48,06±5,836	
Bazen	46,07±5,240	
Yaşlı hastalarla iletişimde zorlanma durumu		
Evet	44,28±5,822	0,000
Hayır	48,56±5,369	
Bazen	46,74±5,517	

Sağlık çalışanlarının cinsiyet, meslek ve çalışma yeri gruplarına göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları incelenmiş, gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,014$). Evli olanların tutum puanları bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının yaşlı hasta ile karşılaşma durumları; günde görülen ortalama hasta sayısı, yaşlı bireyle yaşama durumu ve huzurevi veya bakımevine yaşlı ziyareti yapma durumuna göre yaşlı tutum ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Çalışanlara yöneltilen "Sizce kaç yaş üzeri hasta yaşlı kabul edilir?" sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, yaşlı bireylere yönelik tutum puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre UCLA tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0,001$). Bu fark, 35 yaş ve üzeri

çalışanların 30 yaş altı gruba göre daha yüksek tutum puanlarına sahip olmalarından kaynaklanmaktadır ($p < 0,05$). Buna karşılık, 35 yaş üstü grup ile 30–35 yaş arası grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma yılına göre tutum puan ortalamaları incelendiğinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,000$). Meslekte çalışma süresi 5 yıldan az olanların tutum puanları ile diğer iki gruba (5–10 yıl arası ve 10 yıl ve üzeri) göre daha düşüktür. Buna karşılık, 5–10 yıl arası ile 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Yaşlı hastalarla iletişim kurmakta zorlanma durumu açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0,000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, yaşlı hastalarla iletişimde zorlanan sağlık çalışanların tutum puanları, zorlanmayan ve bazen zorlandığını belirten çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksetir ($p=0,006$, $p=0,006$).

Tablo 5: Yaşlı Hasta ile Karşılaşmakta Tedirginlik Durumu ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

Crosstabulation

		Daha önce branşınızla ilgili yaşlı hasta özelinde bir eğitim aldınız mı?			**Total**	**p**
		Evet	**Hayır**	**Hatırlamıyorum**		
Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?	Evet	8,5%	12,2%	14,3%	11,2%	0,023
	Hayır	59,8%	43,2%	32,1%	47,8%	
	Bazen	31,6%	44,6%	53,6%	41,1%	
Total		**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

$p = 0,023$ olduğundan, "Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?" sorusu ile "Daha önce branşınızla ilgili yaşlı hasta özelinde bir eğitim aldınız mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bu ilişki, yaşlı hasta özelinde eğitim almamış olan sağlık çalışanlarının, eğitim almış olanlara göre daha yüksek oranda tedirginlik yaşadıklarını göstermektedir.

Tablo 6: Yaşlı Hasta ile Karşılaşmakta Tedirginlik Durumu ile İletişim Problemi Durumu Karşılaştırılması

Crosstabulation

		İletişim problemi			
		Var	**Yok**	**Total**	**p**
Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?	Evet	24,0%	4,3%	11,2%	,000
	Hayır	0,0%	73,4%	47,8%	
	Bazen	76,0%	22,3%	41,1%	
	Total	**100%**	**100%**	**100%**	

p = 0,000 olduğundan, "Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?" sorusu ile "İletişim problemi yaşıyor musunuz?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bu ilişki, iletişim problemi yaşayan sağlık çalışanlarının, iletişim problemi yaşamayanlara göre daha yüksek düzeyde tedirginlik bildirmelerinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 7: Yaşlı Hasta ile Karşılaşmakta Tedirginlik Durumu ile Bilgi Yetersizliği Durumu Karşılaştırılması

Crosstabulation

		Bilgi yetersizliği			
		Var	**Yok**	**Total**	**p**
Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?	**Evet**	23,5%	9,9%	11,2%	,000
	Hayır	0,0%	52,8%	47,8%	
	Bazen	76,5%	37,3%	41,1%	
	Total	**100%**	**100%**	**100%**	

p = 0,000 olduğundan, "Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?" sorusu ile "Bilgi yetersizliği var mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bu ilişki, bilgi yetersizliği olduğunu belirten sağlık çalışanlarının, bilgi yetersizliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek oranda tedirginlik yaşadıklarını göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik tutumlarının genel olarak olumlu olduğu, yaş ve mesleki deneyim arttıkça bu olumlu tutumların güçlendiği; buna karşın iletişim problemi ve bilgi yetersizliği yaşayan sağlık çalışanlarında tedirginlik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Bulgular, sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik tutumlarının çok boyutlu etkenlerden etkilendiğini göstermektedir.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE UCLA-GA PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının yaşları ile UCLA-GA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur Bulgular, yaş arttıkça yaşlı bireylere yönelik tutum puanlarının yükseldiğini göstermektedir. Çalışmamızla benzer şekilde, Pehlivan ve Vatansever (2019) araştırmasında da yaş ile hem UCLA-GA hem de KOGAN Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği puanları arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (2). Benzer biçimde, Seferoğlu ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da yaş ile UCLA-GA puanı arasında zayıf düzeyde pozitif bir korelasyon bulunmuş ve yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizinde yaşın, bağımsız bir faktör olarak daha yüksek tutum puanlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (72). Bu bulgular, yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşlı bireylere yönelik olumlu tutumların güçlenebileceğini destekler niteliktedir.

Literatürde yaş değişkeni açısından anlamlı bir fark saptanmayan çok sayıda çalışma da bulunmaktadır. Şahin ve arkadaşlarının (2012) UCLA ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, yaş ile yaşlılara yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (71). Benzer biçimde, Okgün Alcan ve Soyer Er (2021) çalışmasında ve Polonya'da fizyoterapistler arasında yürütülen araştırmada yaş arttıkça olumlu bir eğilim gözlenmesine rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (73,74). Ayrıca Şükür (2021) tarafından aile hekimliği asistanlarıyla (64), Şahin ve Aksoy Demirci (2024) tarafından sağlık çalışanlarıyla (62), Okur (2023) tarafından aile hekimleriyle (75) ve Demirtaş ve arkadaşları (2022) tarafından hemşirelerle yapılan çalışmalarda da yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (77).

Bu çalışmaların büyük bölümünde örneklem gruplarının çoğunluğunu genç katılımcıların oluşturduğu, yaş aralıklarının birbirine oldukça yakın olduğu ve örneklem grubunda yaş dağılımının büyük ölçüde homojen bir yapıda seyrettiği görülmektedir. Bu durum, yaş değişkenine bağlı farklılıkların istatistiksel olarak belirlenmesini güçleştirmiş olabilir.

Öte yandan, Demirtürk Selçuk ve Demirbağ (2020) tarafından yürütülen araştırmada genç yaş grubundaki hemşirelerin yaşlı bireylere karşı tutum puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir (63). Bu bulgu, belirli örneklem gruplarında genç sağlık çalışanlarının eğitim sürecinde yaşlı sağlığına yönelik daha güncel bilgi ve farkındalıklara sahip olmalarının, yaşlı bireylere yönelik tutumları olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, cinsiyet değişkenine göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır Kadın katılımcıların yaşlı bireylere yönelik tutum puan ortalaması erkek katılımcılardan biraz daha yüksek olmasına rağmen, fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

Benzer şekilde, literatürde de cinsiyet değişkeninin yaşlı bireylere yönelik tutum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını bildiren birçok çalışma bulunmaktadır. Reuben ve ark. (1998) tarafından birinci basamak asistanları, geriatri yan dal uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyeleri üzerinde yürütülen ölçek geliştirme çalışmasında, cinsiyet değişkeninin tutum puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir (70).

Benzer şekilde, literatürde de cinsiyet değişkeninin yaşlı bireylere yönelik tutum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Şükür (2021) tarafından aile hekimi asistanları arasında yürütülen, Şahin ve Aksoy Demirci (2024) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan, Podhorecka ve ark. (2022) tarafından Polonya'da fizyoterapistler üzerinde gerçekleştirilen ve Demirtürk Selçuk ile Demirbağ (2020) tarafından hemşirelerle yürütülen çalışmalarda cinsiyet değişkenine göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (64, 62, 74, 63). Bu çalışmalarda genellikle kadın katılımcıların tutum puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olmakla birlikte farkın anlamlı düzeye ulaşmadığı bildirilmiştir.

Pehlivan ve Vatansever (2019) ve Okur (2023) çalışmalarında da cinsiyet değişkenine göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (2, 75).

Bu çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, cinsiyet değişkeninin yaşlı bireylere yönelik tutum üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamasının, sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını profesyonel etik ilkelere bağlı olarak, cinsiyetten bağımsız biçimde yürütmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, kadın ve erkek katılımcıların benzer eğitim süreçlerinden geçmeleri, yaşlı bireylerle benzer düzeyde iletişim ve bakım deneyimine sahip olmaları da tutum puanlarının birbirine yakın olmasında etkili olabilir.

Okgün Alcan ve Soyer Er (2021) tarafından yapılan çalışmada, cerrahi hemşirelerinin cinsiyet değişkenine göre UCLA-Geriatrik Tutum Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark saptanmış ve kadın hemşirelerin yaşlı bireylere yönelik tutumlarının erkek hemşirelere kıyasla daha olumlu olduğu belirtilmiştir (73). Bu sonucun, kadın hemşirelerin yaşlı bireylerin bakımında daha aktif rol üstlenmeleri ve empati düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığı yorumlanabilir.

Bu çalışmada, medeni durum ile yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.($p<0,014$) Evli olanların tutum puanları bekâr olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Benzer şekilde Pehlivan ve Vatansever (2019) tarafından yapılan çalışmada, hem UCLA-GA hem de Kogan ölçekleri açısından evli hemşirelerin tutum puanlarının bekâr ve dul hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar bu sonucu, evli bireylerin aile içi sorumluluk bilinci ve toplumsal-kültürel değerlere bağlı olarak yaşlı bireylerle daha sık etkileşimde bulunmalarına bağlamışlardır. (2)

Farklı olarak, literatürde medeni durumun yaşlı bireylere yönelik tutum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Şükür (2021) tarafından aile hekimi asistanlarıyla, Şahin ve Aksoy Demirci (2024) tarafından sağlık çalışanlarıyla, Podhorecka ve ark. (2022) tarafından Polonya'daki fizyoterapistlerle ve Demirtürk Selçuk ile Demirbağ (2020) tarafından hemşirelerle yürütülen araştırmalarda da medeni duruma göre tutum puanları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (64, 62, 74, 63).Ek olarak, Okgün Alcan ve Soyer Er (2021)

tarafından cerrahi hemşireleri üzerinde yapılan çalışmada da medeni duruma göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır (73).

Bazı çalışmalarda katılımcıların yaş ortalamasının düşük olması, bekâr bireylerin sayıca fazla olması veya örneklem büyüklüğünün sınırlı olması gibi nedenler, medeni durum değişkeninin tutum üzerindeki etkisini istatistiksel olarak görünür kılmamış olabilir.

Bizim çalışmamızda evde birlikte yaşayan yaşlı birey olup olmaması ile yaşlılara yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde, yaşlı bireyle birlikte yaşama durumunun yaşlı bireylere yönelik tutum üzerinde farklı sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Benzer şekilde, Şükür (2021), Şahin ve Aksoy Demirci (2024), Okgün Alcan ve Soyer Er (2021) ve Podhorecka ve ark. (2022) çalışmalarında da anlamlı fark bulunmamıştır (64,62,73,74). Buna karşılık, Lan ve ark. (2019), Demirtürk Selçuk ve Demirbağ (2020), Pehlivan ve Vatansever (2019) ve Gamze Ceren Okur (2023) çalışmalarında yaşlı bireyle birlikte yaşama durumuna göre yaşlılara yönelik tutum puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (76,63,2,75). Bu farklılık, yaşlı bireyle birlikte yaşama deneyiminin tutum üzerindeki etkisinin bireysel ve kültürel faktörlere göre değişebileceğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda, meslek grupları arasında yaşlı bireylere yönelik tutum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Şahin ve Aksoy Demirci (2024) çalışmasında, Kogan Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmış olup, benzer şekilde meslek değişkenine göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (62).

5.2. ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ VE DENEYİM DURUMLARINA GÖRE UCLA-GA PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bizim çalışmamızda meslekte çalışma yılı ile yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, katılımcıların yaklaşık %50'sinin 5 yıldan az, geri kalanının ise 5 yıldan fazla mesleki deneyime sahip olması, örneklemin deneyim açısından dengeli bir yapıda olduğunu ve bu farkın güvenilir biçimde değerlendirilebildiğini göstermektedir. Okgün Alcan ve Soyer Er (2021)

tarafından yapılan çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun (%71,4) cerrahi birimlerde beş yıldan az süredir görev yaptığı belirlenmiştir. Buna rağmen, UCLA-GA kullanılarak yapılan değerlendirmede meslekte çalışma yılı arttıkça yaşlı bireylere yönelik tutum puanlarının anlamlı biçimde yükselmesi bizim çalışmamızı desteklemektedir (73). Bu iki çalışmaya benzer şekilde, Pehlivan ve Vatansever (2021) çalışmasında da mesleki deneyim ile UCLA-GA ve Kogan puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (2).

Deneyim kazandıkça sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerle iletişim, empati ve bakım becerilerinin güçlendiği, bu durumun ise yaşlı bireylere yönelik daha bilinçli, anlayışlı ve saygılı bir yaklaşım geliştirilmesine katkı sağladığı söylenebilir. Dolayısıyla, mesleki deneyim artışı yaşlı bireylere yönelik olumlu tutumların oluşmasında önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Demirtürk Selçuk ve Demirbağ (2020) çalışmasında hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan analizde, çalışma yılı değişkenine göre anlamlı fark saptanmıştır.(63) Bulgulara göre, 2 ay–11 yıl arasında çalışan hemşirelerin yaşlı bireylere yönelik tutum puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, meslekte kısa süre çalışan hemşirelerin yaşlı bireylere karşı daha olumlu tutumlar sergilediğini göstermekte olup, bu sonuç bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda tutum puanlarının mesleki deneyim arttıkça yükselmesi, yaşlı bireylerle uzun süreli etkileşimin empati ve bakım becerilerini geliştirdiğini düşündürürken, Demirtürk Selçuk ve Demirbağ'ın çalışmasında erken dönem deneyimin daha yüksek olumlu tutumlarla ilişkilendirilmesi, kurum koşulları veya iş yükü gibi çevresel etkenlerden kaynaklanmış olabilir.

Lan ve arkadaşlarının (2019), Şükür'ün (2021), Şahin ve Aksoy Demirci'nin (2024) ve Gamze Ceren Okur'un (2023) çalışmalarında meslekte çalışma yılına göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında anlamlı fark saptanmamış olup, bu durumun örneklem gruplarının özellikleri, çalışma alanlarının farklılığı ve yaşlı bireylerle temas sıklığındaki değişkenlikten kaynaklanabileceği düşünülmektedir (76,64,62,75).

Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının görev yaptıkları birimler arasında yaşlı bireylere yönelik tutum puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, katılımcıların günlük olarak karşılaştıkları yaşlı hasta sayısına göre tutum puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, yaşlı bireylerle temas

sıklığının tek başına tutumları belirlemede yeterli bir etken olmadığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, Demirtürk Selçuk ve Demirbağ (2020) çalışmasında da hemşirelerin çalıştıkları klinik türü (poliklinik, servis, özellikli servis) ile yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (63).

Pehlivan ve Vatansever (2019) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (2). Bu fark, polikliniklerde çalışan hemşireler lehinedir. Polikliniklerde görev yapan hemşirelerin yaşlı bireylerle daha çeşitli iletişim kurmaları, daha olumlu tutum geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir. Buna karşılık, ameliyathane ve yoğun bakım gibi birimlerde çalışan hemşirelerin puanlarının daha düşük olması, bu birimlerdeki yoğun iş yükü ve stresle ilişkili olabilir.

Bu çalışmada yaşlı hasta bakımıyla ilgili eğitim alma durumuna göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, Okgün Alcan ve Soyer Er (2021) ile Pehlivan ve Vatansever (2019) çalışmalarında da eğitim alma durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır (73,2). Bulgular, yaşlı bireylere yönelik olumlu tutumun yalnızca kısa süreli veya teorik eğitimlerle değil, uzun süreli deneyim, gözlem ve farkındalık süreçleriyle gelişebileceğini düşündürmektedir. Bu durum, eğitim programlarının tutum değişikliği yaratabilmesi için daha kapsamlı, uygulamalı ve sürekli biçimde yapılandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bizim çalışmamızda yaşlı hastalarla iletişim kurmakta zorlanma durumu ile yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bulgular, yaşlı bireylerle etkili iletişim kurabilen sağlık çalışanlarının daha olumlu tutumlara sahip olduklarını göstermektedir. Benzer şekilde, Lan ve ark. (2019) çalışmasında da yaşlı bireylerle ilişkisi iyi olan hemşirelerin tutum puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (76). Şükür (2021) çalışmasında da yaşlı bireylerle ilişkisini olumlu olarak değerlendiren hekimlerin, UCLA-GA ölçeğinin şefkat alt boyutunda daha yüksek puanlar aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (64). Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerle kurulan etkili iletişim ve olumlu etkileşimin, sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumlarını güçlendiren önemli bir unsur olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yaşlı birey olarak değerlendirdikleri yaş aralığına göre tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaşlılık eşiği farklı

algılansa da, bu durum katılımcıların yaşlı bireylere yönelik genel tutumlarını etkilememiştir.

Bu çalışmada, katılımcıların kendilerini yaşlı hastalarla çalışmada deneyimli görme durumlarına göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, yaşlı hastalarla çalışmada kendini deneyimli hissetmenin tek başına tutum üzerinde belirleyici bir etken olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, Şükür (2021) tarafından yapılan araştırmada da sağlık çalışanlarının geriatri konularındaki kendilerini yeterli görme düzeyleri ile UCLA-GA alt boyut puanları karşılaştırılmış ve farklı alt boyutlarda değişen sonuçlar elde edilmiştir. İlgili çalışmada bazı alanlarda (yaşlanmanın sosyal boyutu, adli sorunlar ve istismar) kendini yeterli gören bazı UCLA-GA alt boyutlarında katılımcıların tutum puanları daha yüksek bulunurken, diğer alanlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır.(64)

Bu çalışmada, "yaşlı hasta ile karşılaşmanın tedirginlik oluşturup oluşturmadığı" değişkenine göre yaşlı bireylere yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, yaşlı hastalarla karşılaşmaktan tedirgin olmayan katılımcıların tutum puanları, tedirgin olan veya bazen tedirginlik yaşayan katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların yarısına yakını, yaşlı hastalarla karşılaşmanın kendilerini tedirgin ettiğini ifade etmiştir. Tedirginlik nedenleri arasında iletişim problemleri, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri konusundaki endişeler ve yaşlı hastaların daha kırılgan olması öne çıkmışken, tecrübe ve bilgi yetersizliği daha düşük oranlarda belirtilmiştir. Adıbelli ve Kılıç (2013) tarafından yürütülen araştırmada ise hemşirelerin yaşlı hasta bakımında karşılaştıkları başlıca güçlüklerin, hasta veya ailesiyle iletişim problemleri, geriatrik bakım konusundaki bilgi eksikliği ve yetersiz beceri veya deneyim olduğu bildirilmiştir (78). Her iki çalışma birlikte değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerle çalışırken yaşanan güçlüklerin ve tedirginliklerin temelinde çoğunlukla iletişim eksikliği, bilgi yetersizliği ve mesleki deneyim azlığı gibi faktörlerin bulunduğu görülmektedir. Bu durum, yaşlı bireylerle etkili iletişim kurma, klinik süreçlerde güven duyma ve yeterlilik algısını artırmaya yönelik eğitimlerin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının geriatrik hastalara yönelik tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumlarla ilişkili sosyodemografik, mesleki ve psikososyal faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bulgular, yaş, medeni durum ve mesleki kıdem gibi değişkenlerin yaşlı bireylere yönelik tutumlar üzerinde anlamlı etkiler yarattığını göstermiştir. Bu sonuçlar, sağlık hizmetlerinde görev yapan bireylerin yaşlılık olgusuna dair algılarının yalnızca bilgi düzeyleriyle değil, aynı zamanda yaşam deneyimleri, empati yetenekleri ve kişisel değerleriyle de yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların büyük bölümü kadın (%68,2) olup, yaş dağılımı ağırlıklı olarak 30 yaş altı bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%32,7) yaşlı sağlığına ilişkin bir eğitim aldığını belirtmiştir. Bu oran, geriatri alanında verilen eğitimlerin yeterince yaygın olmadığını ve sağlık eğitim müfredatlarında konunun henüz hak ettiği düzeyde yer almadığını göstermektedir. Genç sağlık profesyonellerinin yaşlı bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılamada teorik bilgiye sahip olmalarına karşın, uygulamada güçlük yaşadıkları anlaşılmaktadır.

UCLA-Geriatrik Tutumlar Ölçeği (UCLA-GA) sonuçları, genel tutumun olumlu yönde olduğunu; ancak yaş, medeni durum ve mesleki deneyime bağlı olarak anlamlı farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur. Özellikle 35 yaş ve üzerindeki, evli ve mesleki deneyimi beş yıldan fazla olan katılımcıların tutum puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durum, yaşla birlikte artan yaşam deneyimi ve mesleki olgunluğun, yaşlı bireylere karşı daha sabırlı ve anlayışlı bir yaklaşımı beraberinde getirdiğini göstermektedir.

Buna karşılık cinsiyet, meslek grubu, çalışılan birim, yaşlı bireylerle aynı evde yaşama veya huzurevi ziyareti yapma gibi değişkenlerin tutum üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırmanın dikkat çekici bulgularından biri, yaşlı hastalarla iletişim kurarken zorlanan veya tedirginlik yaşayan sağlık çalışanlarının tutum puanlarının anlamlı biçimde daha düşük olmasıdır ($p<0,001$). Bu bulgu, geriatrik bireylerle etkili iletişimin yalnızca bakım kalitesini değil, sağlık çalışanlarının içsel motivasyonunu da doğrudan etkilediğini

ortaya koymaktadır. İletişimde yaşanan güçlüklerin çoğu, yaşlı bireylerin duyusal yetersizliklerinden veya sağlık çalışanlarının zaman baskısı altında sabır göstermekten zorlanmalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, iletişim becerilerini geliştiren ve empatiyi teşvik eden eğitim programları bu alanda önemli bir gerekliliktir.

Yaşlı sağlığına yönelik eğitim almış olmak veya kendini bu konuda deneyimli görmek, beklenenin aksine tutum puanlarında anlamlı fark yaratmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, verilen eğitimlerin çoğunlukla teorik düzeyde kaldığını ve tutum değişikliği açısından kalıcı bir etki oluşturamadığını düşündürmektedir. Nitelikli bir geriatrik bakımın sağlanabilmesi için eğitimlerin yalnızca bilgi aktarımına değil, yaşlı bireylerle empati kurmayı kolaylaştıran ve uygulamaya dayalı içeriklerle desteklenen bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Simülasyon temelli eğitimler, vaka analizleri ve rol oynama yöntemleri, sağlık çalışanlarının yaşlı hastaların karşılaştıkları güçlükleri daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının geriatrik hastalara karşı tutumlarının geliştirilmesinde bilgi kadar duygusal farkındalık, iletişim becerileri ve mesleki deneyimin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Özellikle genç ve mesleki kıdemi az çalışanlarda, yaşlı bireylerle iletişim kurarken duyulan çekingenlik ve tedirginliğin azaltılması için destekleyici programların uygulanması önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, yaş, medeni durum ve mesleki kıdem arttıkça sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde güçlendiği; iletişimde zorlanma ve tedirginliğin ise olumsuz tutumlarla yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, geriatri alanında verilen eğitimin yalnızca bilgi aktarımına değil, davranış değişikliğine ve empati temelli öğrenme süreçlerine odaklanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

6.2. ÖNERİLER

6.2.1. Eğitim İçeriği ve Yapısı

Geriatriye yönelik eğitim programları, sadece teorik bilgi aktarımından ibaret olmamalı; simülasyon, vaka analizi ve rol oynama yöntemleriyle desteklenmelidir. Bu sayede sağlık çalışanları yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilirler.

6.2.2. Erken Dönem Farkındalık Eğitimi

Tıp fakültelerinde, hemşirelik ve diğer sağlık bilimleri programlarında geriatriye yönelik zorunlu derslerin yaygınlaştırılması, öğrencilerin yaşlı sağlığına ilişkin farkındalıklarını erken dönemde geliştirecektir.

6.2.3. Hizmet İçi Eğitim ve Süreklilik

Mezuniyet sonrasında da düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler yapılmalı; bu eğitimler teorik oturumların yanı sıra yaşlı dostu hastane uygulamaları, evde bakım gözlemleri ve huzurevi rotasyonlarını da içermelidir.

6.2.4. İletişim Becerilerinin Güçlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerle empatik, sabırlı ve saygılı bir iletişim kurmalarını sağlayacak iletişim becerisi eğitimleri müfredata eklenmelidir. Bu tür programlar hem çalışan memnuniyetini hem de hasta güvenini artıracaktır.

6.2.5. Sağlık Politikalarında Geriatri Önceliği

Ulusal sağlık politikalarında geriatrik bireylerin ihtiyaçları önceliklendirilmeli; yaşlı dostu kurum standartları ve bakım modelleri yaygınlaştırılmalıdır.

6.2.6. Toplumsal Farkındalık

Yaşlı bireylere yönelik önyargı ve ayrımcılığın azaltılması amacıyla medya, kamu spotları ve toplumsal kampanyalar aracılığıyla farkındalık çalışmaları yapılmalıdır. Yaşlı bireylerin yalnızca "bakıma muhtaç" değil, bilgi ve deneyimleriyle topluma değer katan bireyler olduğu vurgulanmalıdır.

Sonuç olarak, yaşlı bireylere saygı, sabır ve empatiye dayalı bir sağlık hizmeti anlayışının benimsenmesi; yalnızca yaşlı nüfusun değil, tüm toplumun yaşam kalitesini yükseltecektir. Yaşlanma kaçınılmaz bir süreçtir; ancak bu sürecin nasıl yaşandığı, büyük ölçüde çevresel koşullara, toplumsal duyarlılığa ve sağlık çalışanlarının yaklaşımına bağlıdır. Sağlık sistemlerinde yaşlı dostu uygulamaların yaygınlaştırılması ve sağlık çalışanlarının bu alandaki farkındalıklarının güçlendirilmesi, geleceğin sürdürülebilir ve insancıl sağlık hizmetlerinin temelini oluşturacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Karakuş, B. (2018). Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu (1. baskı). Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yayınları.

2. Pehlivan, S., & Vatansever, N. (2019). Hemşirelerin yaşlıya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 45(1), 47–53. https://doi.org/10.32708/uutfd.468622

3. World Health Organization (WHO). (n.d.). Population ageing. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing

4. World Health Organization (WHO). (n.d.). Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). İstatistiklerle yaşlılar, 2024 (Yayın No: 54079). Ankara: TÜİK. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079

6. Özkan Bardakcı, M. (2024). İnsanın üçüncü çağı: Yaşlılık üzerine sosyolojik tartışmalar. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi, 10(20), 89–107. https://doi.org/10.25306/skad.1482121

7. Muangpaisan, W., Assantachai, P., Sitthichai, K., et al. (2012). The challenge of an aging population and health care workforce in modern societies. International Journal of Nursing Studies, 49(7), 931–940. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021

8. Kalaycı, I., & Özkul, M. (2017). Geleneksel kalabilsem modern olabilsem: Modernleşme sürecinde yaşlılık deneyimleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 8(18), 90–110. https://doi.org/10.21076/vizyoner.308309

9. Özütürker, M. (2022). Postmodernizmin yaşlı yaşamına etkisi ve yaşlı sorunları. Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15(2), 148–167. https://doi.org/10.46790/erzisosbil.1123434

10. World Health Organization (WHO). (2024). Making older persons visible in the Sustainable Development Goals' monitoring framework and indicators. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-009024-8.

11. Akçay, C. (t.y.). Yaşlılıkta hücresel ve fonksiyonel değişiklikler. In Geriatrics (ss. 47–56). [Yayınevi ve yıl bilgisi dosyada belirtilmemiştir.]

12. United Nations. (2023). World population prospects 2023: Summary of results. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations.

13. Samancı Tekin, Ç., & Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD), 3(1), 219–229. https://doi.org/10.21733/ibad.370584

14. United Nations Population Fund (UNFPA). (2023). State of World Population 2023: 8 Billion Lives, Infinite Possibilities—The Case for Rights and Choices. New York: UNFPA. ISBN 978-9211014730.

15. Rizzoli, R., & Chevalley, T. (2025). Osteoporosis in the oldest old: Time to stand up and to act. Turkish Journal of Geriatrics, 28(1), 1–7. https://doi.org/10.29400/tjgeri.2025.416

16. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2024 (Yayın No: 53783). Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024. Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2024-53783

17. Karakaş, S. A., & Durmaz, H. (2017). Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. Kocatepe Tıp Dergisi, 18(1), 32–36.

18. Nazlı, A. (2016). Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. Ege Tıp Dergisi, 55(Ek sayı), 1–5. https://doi.org/10.19161/etd.344195

19. Ayrancı, A. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumları [Uzmanlık tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi]. Konya.

20. Yalçınkaya, M., & Çolak, M. (2017). Yaşlanma dönemi ile ilgili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 53–62.

21. Bilir, N. (t.y.). Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015–2020 (Yayın No: 960). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

23. World Health Organization (WHO). (2015). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156504-2.

24. Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(3), 347–354. https://doi.org/10.38108/ouhcd.752133

25. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(2):19–23.

26. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). Textbook of medical physiology (14th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders. https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1147/1/Guyton%20and%20Hall%20Textbook%20of%20Medical%20Physiology

27. Alvis, B. D., & Hughes, C. G. (2015). Physiology considerations in the geriatric patient. Anesthesiology Clinics, 33(3), 447–456. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.05.003

28. Orhan, F., Uzunhasanoğlu, G., & Özgök, İ. Y. (Ed.). (2023). Geronteknoloji: Multidisipliner yaklaşımlar. Ankara: İKSAD Yayınevi. ISBN 978-625-367-609-4.

29. Çolak, S., Bilik, Ö., & Vural, F. (2023). Yaşlanmayla ilişkili ürolojik sorunların yönetimi ve hemşirelik bakımı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8(2), 579–584.

30. Üçok, A. (2018). Yaşlılıkta aktivite kuramı ile yaşamdan kopma kuramının karşılaştırılması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11(56), 390–398. https://doi.org/10.17719/jisr.20185639018

31. Şahin, S., & Cankurtaran, M. (2010). Geriatrik sendromlar. Ege Tıp Dergisi, 49(3 Ek), 31–37.

32. İrdesel, J., & Gökçe Kutsal, Y. (Ed.). (2023). Geriatrik rehabilitasyonda temel yaklaşımlar. Ankara: Karınca Yayınevi. ISBN 978-605-9642-96-5.

33. Ulusoylar, N., Dost Günay, F. S., Dokuzlar, Ö., & Koç Okudur, S. (2019). Geriatrik sendromlarda düşme sıklığı. Geriatrik Bilimler Dergisi, 2(1), 8–13.

34. Kıymaç Sarı, M., & Durna, Z. (2022). Geriatrik sendromlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 9(1), 39–46.

35. Ateş Bulut, E., Soysal, P., & Işık, A. T. (2018). Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: Single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. Clinical Interventions in Aging, 13, 1899–1905. https://doi.org/10.2147/CIA.S180281

36. Karan, M. A., Satman, İ., Atlı, T., Bahat Öztürk, G., Cankurtaran, M., Erdinçler, D. S., & Halil, M. (2024). Healthcare problems and possible solutions in older adults in Turkey: Geriatric syndromes and chronic diseases. European Journal of Geriatrics and Gerontology, 6(2), 80–90. https://doi.org/10.4274/ejgg.galenos.2024.2023-11-1.

37. Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). Türkiye yaşlı profili araştırması, 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809.

38. Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C. M., Pati, S., Mtenga, S., & Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. Nature Reviews Disease Primers, 8(1), 48. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4.

39. Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195.

40. Bağcı, G., & Kırcı, G. S. (2023). A medicolegal evaluation of geriatric cases with traumatic injuries. Ulus Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, 29(1), 59–67.

41. Güneş Gencer, G. Y., İpek, L., Kara, D. S., Uzun, F., & Çetin, S. Y. (2021). Türkiye'de yaşlılarda düşme ve denge ile ilgili yapılmış çalışmaların incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 14(2), 70–83. https://doi.org/10.46414/yasad.1035803

42. Karan, M. A., & Satman, İ. (Ed.). (2021). Türkiye yaşlı sağlığı raporu: Güncel durum, sorunlar ve kısa-orta vadeli çözümler. İstanbul: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). ISBN 978-605-70938-3-7.

43. Khajehnasiri, F., et al. (2024). Fear of falling and associated factors among older adults after a fall in Kashan, Iran. BMC Geriatrics, 24, Article 5560. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05560-7

44. Kaur, P., et al. (2024). Reassessing the economic burden of geriatric falls: A call for preventive action. Frontiers in Public Health, 12, 11474904. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11474904/

45. Pazan, F., & Wehling, M. (2021). Polypharmacy in older adults: A narrative review of definitions, epidemiology and consequences. European Geriatric Medicine, 12(3), 443–452. https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3

46. Sofulu, F., & Karadakovan, A. (2022). Geriatrik bireylerin polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(3), 529–533.

47. Çakır, S. (2022). Yaşlılıkta sosyal sorunlar ve mekân: Kır/kent bağlamında bir değerlendirme. International Social Sciences Studies Journal, 8(77), 1–15.

48. Aslan, D., Gökçe Kutsal, Y., & Saygun, M. (2022). Türkiye'de yaşlılık ve öne çıkan sağlık sorunları: Güncel durum ve öneriler. Türk Geriatri Derneği Raporu, Ankara.

49. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2023). Yaşlı hakları ulusal eylem planı 2023–2025. Ankara: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Yayınları.

50. Teke, A., Kütük, C., Pektaş, S., & Ekmen, Y. (2022). Bir sosyal dışlanma riski araştırması: Yaşlılık. Journal of Social and Humanities Sciences Research, 9(84), 1208–1214. http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.3119

51. World Health Organization (WHO). (2023). Social isolation and loneliness. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness

52. Bilgili, N. (n.d.). Ageism in health care. https://www.researchgate.net/profile/Naile-Bilgili/publication/283798024_Ageism_in_health_care/links/56b9964a08ae7e3a0f9f3338/Ageism-in-health-care.pdf

53. Çiftçi, H., Bostancı Daştan, N., & Kaya, F. (2020). Acil servisin bilinmeyen–görülmeyeni: Yaşlı istismarı. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 29(3), 213–220. https://doi.org/10.17942/sted.614935

54. World Health Organization (WHO). (n.d.). Abuse of older people. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people

55. National Institute on Aging (NIA). (2023). Elder abuse. https://www.nia.nih.gov/health/elder-abuse/elder-abuse

56. Turhan, S., Güncan, F., Ercan, M., & Erkoyuncu, G. (2019). Yaşlıların değerlendirmesi ile yaşlı ihmali ve istismarı. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), 1, 28–43. https://doi.org/10.35375/sayod.533862

57. Şimşek, H., & Evin, H. (2024). Aile içi yaşlı istismarı ve ihmali. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21(1), 320–332.

58. Arıkan, G. (2020). Yaşlı bireylerin ekonomik ve sosyal sorunlarına ilişkin politikalar belirleme. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6(2), 260–274.

59. Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. BMC Health Services Research, 23(1), 886. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8

60. Türkiye Klinikleri. (2023). Aile hekimliğinde hasta merkezli bakım ve iletişim becerileri özel sayısı. https://www.turkiyeklinikleri.com/articletr-yasli-hasta-ile-letisim-78318.html

61. Moslehpour, M., Shalehah, A., Rahman, F. F., & Lin, K.-H. (2022). The effect of physician communication on inpatient satisfaction. Healthcare, 10(3), 463. https://doi.org/10.3390/healthcare10030463

62. Şahin, H., & Aksoy Demirci, A. (2024). Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre yaşlı bireylere yönelik tutumları. Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi, 8(3), 431–446.

63. Demirtürk Selçuk, E., & Demirbağ, B. C. (2020). Hemşirelerin yaşlılık ve yaşlı bakımına ilişkin görüşleri ve tutumları. Sağlık Akademisi Kastamonu, 5(1), 37–51. https://doi.org/10.25279/sak.565486

64. Öztaş Şükür, N. E. (2021). Aile hekimliği asistanlarının yaşlılara karşı tutumları ve etkileyen faktörler. [Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi].

65. World Health Organization (WHO). (2017). Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO.

66. Hong, C. S., & Moliterno, J. (2020). The patient-centered approach: A review of the literature and its application for acoustic neuromas. Journal of Neurological Surgery Part B: Skull Base, 81(3), 280–286. https://doi.org/10.1055/s-0039-1692396

67. Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. İnsan & İnsan, 7(24), 97–126. https://doi.org/10.29224/insanveinsan.668806

68. Duru, S.Ertürk, A., & Bahadır, A.(Ed.).(2025). Geriatrik akciğer hastalıkları: Güncel tanı ve tedavi yaklaşımları. Ankara: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği(TÜSAD). ISBN 978-625-97196-1-0

69. Genç, B., Açıkgöz, E. N., Çelik, M., Koç, A., & İnkaya, B. V. (2022). Türkiye'deki hemşirelik bölümlerinde lisans ve lisansüstü eğitimde verilen geriatri hemşireliği dersinin incelenmesi. Medical Research Reports, 5(1), 19–26. https://doi.org/10.55517/mrr.1077379

70. Reuben, D. B., Lee, M., Davis, J. W., Eslami, M. S., Osterweil, D. G., Melchiore, S., & Weintraub, N. T. (1998). Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. Journal of the American Geriatrics Society, 46(11), 1425–1430. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb06011.x

71. Şahin, S., Mandıracıoğlu, A., Tekin, N., Senuzun, F., & Akçiçek, F. (2012). Attitudes toward the elderly among health care providers: Reliability and validity of the Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(2), 205–209. https:/ 72. Seferoğlu M, Yıldız D, Büyükkoyuncu Pekel N, Güneş A, Yıldız A, Tufan F. Attitudes of neurology specialists toward older adults. Aging Clinical and Experimental Research. 2016; DOI:10.1007/s40520-016-0606-6.

73. Okgün Alcan A, Soyer Er Ö. Cerrahi hemşirelerinin yaşlı hastaya ilişkin bakış açıları ve tutumlarının belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2021; 9(2): 604–617. doi:10.33715/inonusaglik.845073.

74. Podhorecka M, Pyszora A, Woźniewicz A, Husejko J, Kędziora-Kornatowska K. Empathy as a factor conditioning attitudes towards the elderly among physiotherapists—Results from Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(3994). https://doi.org/10.3390/ijerph19073994

75. Okur GC. İstanbul'da hizmet veren aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bireylere kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulanması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023. [Yüksek Lisans Tezi].

76. Lan X, Chen Q, Yi B. Attitude of nurses toward the care of older adults in China. Journal of Transcultural Nursing. 2019; 30(6): 597–602. https://doi.org/10.1177/1043659619848056

77. Demirtaş Z, Sağlan R, Arslantaş D, Ünsal A. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumları. Geriatrik Bilimler Dergisi (Journal of Geriatric Science). 2019; 2(2): 36–41.

78. Adibelli D, Kılıç D. Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients. Nurse Education Today. 2013; 33: 1074–1078. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.002/doi.org/10.1016/j.archger.2011.08.015

8. EKLER

8.1.ANKET BİLGİ FORMU

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GERİATRİK HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Cinsiyet

   Kadın

   Erkek

2. Yaş?……

3. Medeni durum

   Evli

   Bekar

4. Meslek

   Doktor

   Hemşire

   Diğer sağlık personeli (diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, vb.)

5. Meslekte çalışma yılınız?.....

6. Çalışma yeriniz

   Servis

   Poliklinik

   Her ikisi de

7. Evde sizinle yaşayan yaşlı bir birey var mı?

   Evet

Hayır

Geçmişte vardı

8. Daha önce huzurevi veya bakımevine yaşlı ziyaretinde bulundunuz mu?

Evet

Hayır

9. Sizce kaç yaşın üzerindeki hasta yaşlı hasta olarak değerlendirilmelidir?.....

10. Günde ortalama kaç yaşlı hasta görüyorsunuz?.....

11. Yaşlı hasta konusunda deneyimli olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

Kısmen

12. Daha önce branşınızla ilgili yaşlı hasta özelinde bir eğitim aldınız mı?

Evet

Hayır

Hatırlamıyorum

13. Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin eder mi?

Evet

Hayır

Bazen

14. Yaşlı hasta ile karşılaşmak sizi tedirgin ediyorsa nedenleri nedir/neleridir?

Yaşlı hastanın daha kırılgan olması nedeniyle

Bilgi yetersizliği

Tecrübe yetersizliği

İletişim problem

İletişim kurma problem

İlaç etkileşimleri ve ilaç yan etkileri konusunda tedirginlik

Diğer

Tedirgin olmam

15. Yaşlı hastalarla iletişim kurmakta zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

Bazen

16. Aşağıdaki yaşlı hastaya sağlık hizmeti verme ile ilgili önermelerden sizin için uygun olanları işaretleyiniz

Mümkün olsa hiç yaşlı hasta bakmak istemem.

Geriatrik gruba bakım vermek beni mutlu eder.

Yaşlı hastalara yalnızca bu konuda uzmanlaşmış kişiler bakım vermeli.

Hastanın ileri yaşta olduğunu görmek şikayetinden bağımsız beni tedirgin eder.

Yaşlı hasta ile ilgilenirken sürecin bir an önce bitmesini isterim.

Yaşlı hastanın yakınları ile iletişim kurmak zordur.

8.2. UCLA Geriatrik Tutum Ölçeği (UCLA – GA)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	1	2	3	4	5
1. Yaşlı insanların çoğunluğu onlarla birlikte olunmasından memnun olurlar.					
2. Hükümet ve Sosyal Güvenlik Kurumu, kaynaklarını yaşlı hizmetlerinden daha çok çocuk sağlığı hizmetlerine ayırmalıdır.					
3. Seçme şansım olsaydı, yaşlı hastalardansa daha genç hastalara bakmayı tercih ederdim					
4. Yaşlılarının bakımını sağlamak toplumun sorumluluğudur.					
5. Yaşlılara sunulan tıbbi hizmetler için çok fazla personel ve maddi kaynak kullanılmaktadır					
6. İnsanlar yaşlandıkça kafaları daha çok karışır ve hayatlarını daha zor düzenlerler.					

7. Yaşlı hastalar, genç hastalara kıyasla kendilerine verdiğim tıbbi hizmetleri daha çok takdir etme eğilimi göstermektedirler.					
8. Yaşlı hastalardan tıbbi öykü almak çoğunlukla büyük bir sıkıntıdır					
9. Genç hastalarımla kıyaslandığında yaşlı hastalarıma karşı daha çok özen ve anlayış gösteririm.					
10. Genel olarak yaşlı insanların topluma fazla katkısı yoktur.					
11. Kronik hastalığı olan yaşlı hastaların tedavileri ümit verici değildir.					
12. Yaşlı insanlar, kendi sağlık hizmetlerine ödeme yapma konusunda sisteme adil bir şekilde katkıda bulunmazlar					
13. Genel olarak, yaşlılar modern topluma ayak uydurmakta oldukça yavaştır.					
14. Yaşlı insanların geçmişten edindikleri deneyimleri dinlemek ilginçtir.					

8.3. UCLA Geriatrik Tutum Ölçeği (UCLA – GA) KULLANIM İZNİ


Gmail

Fwd: UCLA

Forwarded message

Sevgili Hilal
Merhabalar
UCLA Geriatrik Tutum Ölçeğini kullanmanızdan mutluluk duyarız
Kolaylıklar dileriz
Ölçeğin ayrıntıları ektedir
Bir sıkıntınız olursa bizlere ulaşabilirsiniz
En içten sevgilerimle